

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ใช้แรงงานในโรงงานขนาดกลาง เขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและนำเสนอตามลำดับซึ่งครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
 - 1.1.2 ความหมายของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 องค์ประกอบของการฆ่าตัวตาย
 - 1.2.1 ประเภทของการฆ่าตัวตาย
 - 1.2.2 ลักษณะของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.4 สัญญาณเตือนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.5 ผลกระทบจากความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.6 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต
 - 2.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.2 ผลของความเครียด
 - 2.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด
 - 2.4 อาการเครียด
 - 2.5 ปัจจัยสื่อความเครียด
 - 2.6 การประเมินความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต
3. ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ความหมายของการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายในภาษาอังกฤษตรงกับคำว่า Suicide ซึ่งมาจากภาษาละติน(Latin) สองคำ คือ cide หมายถึง การฆ่า(killing) และคำว่า sui หมายถึง ตนเอง(oneself) The American Association of Suicidology ให้นิยามการฆ่าตัวตายหมายถึง การลงโทษตนเองด้วยการตายโดยเจตนาอย่างไรก็ตามการกระทำหรือพฤติกรรมประเภทนี้สามารถถูกตีความได้ในหลายมิติเช่นเป็นพฤติกรรมที่ถูกตีความว่าเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสิ้นหวัง(hopelessness) ความรู้สึกมีความผิดหรือมีมลทิน (guilt) การพยายามหาทางออกสำหรับปัญหา(solution seeking) หรือเป็นพฤติกรรมที่น่ารังเกียจน่ากลัวอย่างไรก็ตามพฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถถูกให้ค่าได้ทั้งในเชิงลบ(Negative Act) และเชิงบวก(Positive Act) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยมพื้นฐานทางวัฒนธรรม(fundamental cultural value) ของสังคมนั้นๆ (รตพรปัทมเจริญ, 2552)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยเจตนาที่จะจบชีวิตของตนเพื่อหนีสภาวะบางอย่างที่บุคคลนั้นทนทุกข์ทรมานอยู่ เช่น ความเจ็บปวด เหนง ลำบากผิด สุขเสีย มีโรคภัย ซึมเศร้า ความรุนแรง และความยากจน ส่วนใหญ่จะมีสภาพจิตใจที่ห่อเหี่ยว ผิดหวังกับคุณภาพชีวิตของตน และประมาณร้อยละ 60 เป็นคนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (สุนนทิพย์ จิตสว่าง, 2551)

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข(2546) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่เป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยาใช้อาวุธ ใช้ไฟหรือเชือกเป็นต้นและการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึงการพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือการทำร้ายตนเองทำให้ตนเองบาดเจ็บซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2553) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนประเภทหนึ่ง ซึ่งมีความขัดแย้งต่อบรรทัดฐานในสังคมของหลายประเทศ โดยเฉพาะบทบัญญัติในศาสนาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวถึงการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่ไม่สมควรในการปฏิบัติเป็นอย่างยิ่งดังนั้น การฆ่าตัวตายจึงจัดเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนประเภทหนึ่ง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการฆ่าตัวตาย หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการที่บุคคลคิด ลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับอันตรายอย่างรุนแรง หากการกระทำนั้นๆ สำเร็จก็จะทำให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิตในที่สุด

1.2 ความหมายของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ไกรสิทธิ์ นฤขัตพิชัย (2554) กล่าวว่าคนที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แก่คนที่มีความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาในชีวิตได้ไม่คิดคนที่เพิ่งประสบกับความผิดหวังล้มเหลวหรือการสูญเสียในชีวิตที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียคนรักคนในครอบครัวการล้มเหลวด้านการงานการเงินการเรียนทำให้เกิดอาการท้อแท้คนที่ต้องประสบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางกาย เช่น โรคเอดส์ โรคเมเร็ง คนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรง มักแสดงออกให้สังเกตเห็นเป็นสัญญาณ ได้หลายอย่างเช่นคิดว่าตัวเองไร้ค่ามีแต่ความล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จรู้สึกท้อแท้รู้สึกที่ตัวเองเป็นภาระไม่รู้ว่าจะไปเพื่ออะไรคิดถึงคนที่ตายไปแล้วสนใจข่าวการตายขาดความสนใจในตัวเองปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่ดูแลตัวเองไม่กินข้าวไม่อาบน้ำไม่นอนชอบเก็บตัวตามลำพังแยกตัวจากครอบครัวและเพื่อนฝูงขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้างไม่รู้รู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยชอบมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นดื่มเหล้าจัดขับรถเร็วพูดบ่นหรือเขียนข้อความเกี่ยวกับความคิดอยากตายจัดการกับภาระสุดท้ายต่างๆเช่นทำพินัยกรรมยกสมบัติส่วนตัวให้ผู้อื่น เป็นต้น

ทวี ตั้งเสรี (2547) อธิบายว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การแสดงเจตนาหรือตั้งใจกระทำการการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน
- 2) มีภาวะเครียดอย่างรุนแรงอาจเกิดจากมีเรื่องทุกข์ใจกดดันคับข้องใจอย่างมากหรือมีการสูญเสียของรักบุคคลสิ่งของและหน้าที่การงาน
- 3) มีประวัติเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตเวชที่ร้ายแรงเรื้อรังจนมีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวันหรือประวัติการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายมาก่อนแต่ถ้าไม่เสียชีวิตจะด้วยเหตุผลใดก็ตามถือว่าบุคคลนั้นพยายามฆ่าตัวตาย

เบคสเทียร์ และราเนียร์ (Beck, Steer & Ranieri, 1988) อธิบายว่าข้อบ่งชี้ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความตั้งใจ

ปัจจุบันการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุตายที่สำคัญอย่างหนึ่งของคนที่อยู่ในวัยแข็งแรง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักจะจำแนกออกตามผลลัพธ์ของการกระทำ เช่น การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicide) ถ้าการกระทำนั้นทำให้ผู้กระทำถึงแก่

ชีวิต หรือการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) ถ้าผู้กระทำรอดชีวิต อย่างไรก็ตามคำว่า การพยายามฆ่าตัวตายก็ยังคงมีความหมายไม่ชัดเจน มักจะหมายถึงทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง และผู้ที่กระทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ โดยมีได้ตั้งใจจะตายจริงๆ หรือที่เรียกว่าแสร์งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal gesture)

ด้านจิตวิทยาถือว่า การฆ่าตัวตายเป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ วิธีที่กระทำก็มีความสัมพันธ์ต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะนั้นเช่นกัน ที่กำลังสับสนและว้าวุ่น มักจะใช้วิธีต่างๆ มากมาย คนวิกลจริตมักใช้วิธีการแปลกๆ การฆ่าตัวตายในบางราย มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้า เป็นการทดแทนความเศร้า เปลี่ยนจากความเศร้าไปเป็นความตาย คนที่ฆ่าตัวตายจำนวนมาก ใช้การฆ่าตัวตายเป็นวิธีต่อสู้กับความเศร้าที่ทนไม่ได้ แต่อย่างไรก็ดี คนที่ฆ่าตัวตายบางคนก็ไม่มีอารมณ์เศร้า และคนที่เศร้าอีกเป็นจำนวนไม่น้อยก็ไม่ฆ่าตัวตาย (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง โอกาส แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย หรือมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2. องค์ประกอบของการฆ่าตัวตาย

2.1 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล, 2548)

- 1) การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผลให้ผู้กระทำเสียชีวิต
- 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หมายถึง ความพยายามฆ่าตัวตายซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะตาย
- 3) การแสร์งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal gesture) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจน้อย หรือไม่มีความตั้งใจจริงที่จะตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายพบว่า มีหลายทฤษฎีที่ได้จัดแบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความเห็นคล้ายคลึงกัน ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมและจัดแบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Frisch C.N. & Frisch E.L., 2002)

- 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation or suicidal thoughts) เป็นความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเอง ซึ่งจะยังไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2) การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threat) เป็นสัญญาณเตือนแบบทางตรงหรือทางอ้อม จากทางคำพูดและการกระทำ หรือเป็นการวางแผนที่จะทำลายชีวิตตนเอง อาจจะไม่เปิดเผย ซึ่งจะปรากฏขึ้นก่อนมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

3) การแสรังกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้ รับประทานเจ็บบหรือบาดเจ็บบเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตลง

4) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการกระทำตนเอง โดยอาจจะ นำไปสู่ความตายถ้าไม่หยุดการทำร้ายตนเอง

5) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed or simply suicides) เป็นการตาย ที่เกิดจากการทำร้ายตนเอง

Schneidman และคณะ (1970) แบ่งผู้กระทำการฆ่าตัวตายเป็น 4 กลุ่ม ตามแรงผลักดันให้ กระทำ คือ

- 1) การฆ่าตัวตายเพื่อการไปสู่ชีวิตที่ดีกว่า
- 2) การฆ่าตัวตายเนื่องจากโรคจิต ร่วมกันมีความหลงผิด และประสาทหลอน
- 3) การฆ่าตัวตายเพื่อแก้แค้นคนที่ตนรัก
- 4) การฆ่าตัวตายในคนชรา และในคนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ยังมีผู้อื่นแบ่งการพยายามฆ่าตัวตายตามสาเหตุอื่นๆ อีก ได้แก่

- 1) การฆ่าตัวตายเพื่อหนีไปจากปัญหาซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้
- 2) การฆ่าตัวตายเป็นมาตรการข้อนเข้าหาตนเอง
- 3) การที่ฆ่าตัวตายเพื่อการไปพบกันชาติใหม่
- 4) การฆ่าตัวตายเพื่อเป็นการลงโทษตนเอง

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) การคิดฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากฆ่าตัวตาย เป็นอารมณ์วูบหนึ่ง อาจเกิดขึ้นได้ในคนปกติ แต่ถ้าคิด ซ้ำซากก็เป็นพยาธิสภาพ เป็นพฤติกรรมผิดปกติ เพราะคนส่วนมากจะไม่ฆ่าตัวตาย แม้จะตกอยู่ใน ภาวะเช่นเดียวกันนั้น พบได้บ่อยในภาวะซึมเศร้า ผู้คิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกตรงกันข้ามทั้งสอง ฝ้ายปนกัน คือ ทั้งอยากตาย และอยากมีชีวิตอยู่เพียงแต่ความรู้สึก ฝ้ายใดฝ้ายหนึ่งมากกว่าเท่านั้น การฆ่าตัวตายอาจเป็นการลงโทษตนเอง เป็นการแก้แค้นผู้อื่น หรือเนื่องมาจากความเชื่อเรื่องเกิด

ใหม่ในชาติหน้าร่วมกับคนที่ตนรักก็ได้ คนที่คิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกคล้ายกัน คือ ขาดความรัก (วิไลวรรณ บุญเรือง, 2554)

ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ป่วยมักประสบเหตุการณ์กดดันก่อนคิดฆ่าตัวตาย 5 ตัวอย่างเหตุการณ์ ได้แก่ การสูญเสียคนใกล้ชิด ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ปัญหาในครอบครัว หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น การทราบถึงปัจจัยกระตุ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เห็นถึงแนวคิดของผู้ป่วยต่อปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่ก่อนหน้านี้ของเขา นอกจากนี้การทราบถึง ปัจจัยกระตุ้นจะทำให้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยทำได้ตรงจุดขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2556)

2) การทำร้ายตนเอง แต่ไม่เสียชีวิต

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง มักเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิตบ้อย เช่น การโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเองหรือมักอิงอยู่กับความพึงพอใจของคนอื่น คนทั่วไปมักดูเป็นเรื่องธรรมดา ทั้งนี้การทำร้ายตนเองอันเนื่องมาจากอารมณ์ชั่ววูบ อุนเฉียว โมโห โกรธหรือเศร้าเสียใจกับเหตุการณ์ต่างๆ ถ้าพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่พัฒนารุนแรงไปถึงระดับหนึ่ง เช่น การมีความคิดที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่ในโลกใบนี้ หรือการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมนี้กระทบต่อกฎหมายบ้านเมือง แน่นอนต้องกระทบต่อบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย ตามที่กล่าวข้างต้นพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ไปจนถึงการฆ่าตัวตาย ถ้ามองลึกลงไป คือ กลไกป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะที่บุคคลมักโทษตนเองมองว่าความผิดพลาด ข้อบกพร่องเป็นของตน จะเริ่มจากการตำหนิตนเองในจิตใจ พัฒนาไปถึงการลงโทษทางกาย และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่ได้รับการเยียวยา อีกมุมหนึ่งเป็นลักษณะของบุคคลที่มักใส่ใจกับความคิดความรู้สึกของบุคคลรอบข้างมากจนเกิน คือ คอยแต่จะคิดว่าคนอื่นจะมองเรา หรือคิดกับเราในแง่ลบไปก็เป็นที่ (วรพิมพ์ธีระวัฒน์, 2555)

3) การฆ่าตัวตาย

ความรู้สึกต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มาจากอารมณ์รุนแรงและยาวนาน เช่น ความตึงเครียด ความซึมเศร้า แม้บางครั้งอารมณ์ของบุคคลนั้นยากที่จะได้รับการรับรู้จากคนรอบข้าง แต่สัญญาณต่างๆ ก็เป็นตัวบอกได้ อาทิ มีปัญหาการนอน กลางคืนนอนไม่หลับ และทำให้อนอนไม่เป็นเวลา ซึ่งอาจมาจากหลายสาเหตุ การใช้สารเสพติด การหลีกเลี่ยงการสมาคมกับเพื่อนๆ และลดกิจกรรมทางสังคม มีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน มีพฤติกรรมแปลกประหลาด ไม่สมเหตุผล ความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม หรือความต้องการทางเพศที่ผิดไปจากปกติ เกิดความเจ็บป่วย หรือความเหนื่อยล้าที่ยาวนาน เช่น เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือติดเชื้อ HIV/AIDS มีการพูดถึง หรือแสดงความเศร้าเสียใจหมดหวังบ่อยๆ เศร้าเสียใจและร้องไห้ง่ายโดยไม่มีสาเหตุ แสดงความรู้สึกผิด หรือรู้สึกแค้นกับตนเองบ่อยๆ

ไม่กล้าตัดสินใจในเรื่องง่ายๆหรือไม่สามารถตัดสินใจทำอะไรได้เลย ในกรณีที่เป็นักเรียนอาจดูได้จากผลการเรียนตก ในวัยทำงานก็ดูจากการหยุดงานไม่มาทำงานตามปกติ พฤติกรรมการกินเปลี่ยน ทำให้น้ำหนักลดลง หรือเพิ่มขึ้น และอาจมีพฤติกรรมเล่นกับของมีคม หรือการทำรอยขีดข่วนบนส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือทำร้ายตนเอง (วรพิมพ์ธีระวัฒน์, 2555)

2.2 ลักษณะของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

นพวรรณ บัวทอง (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้

- 1) เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เช่น กินยาฆ่าแมลง ผูกคอ เชือดข้อมือ กระโดดตึก เป็นต้น
- 2) มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน เช่น ทำในสถานที่หรือเวลาที่ยากต่อการพบเห็น หรือช่วยเหลือเตรียมการเรื่องทรัพย์สินจดหมายลาตาย เตรียมการเรื่องฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยามาสะสมไว้ ใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง
- 3) เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จากสถิติพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วัน หลังจากครั้งแรก นอกจากนี้ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาที่จะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำ
- 4) มีโรคทางกายพบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งใน 3 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย
 - 4.1) โรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะ โรคเอดส์
 - 4.2) โรคทางกายระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย
 - 4.3) โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน
- 5) โรคทางจิตเวช โรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย
 - 5.1) โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)
 - 5.2) โรคจิต (Psychosis) มีความหวาดระแวง หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน
 - 5.3) ผู้ติดสุรา (Alcoholism) มักมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้วประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิตอาจแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายได้
 - 5.4) บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) มักเป็นกลุ่มผู้มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันหรือสนใจแต่ตนเองเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นทำให้คิดสั้นได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้อธิบายว่าผู้ที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ในข้อต่อไปนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) พุดถึงความตายหรือการฆ่าตัวตาย หรือบ่นว่าอยากตายไม่ยอมเป็นภาระใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร
- 2) พุดหรือเขียนสิ่งเสีย
- 3) เคยพยายามฆ่าตัวตาย
- 4) นิสัยเปลี่ยนเป็นหงอยเหงา เศร้าซึม แยกตัวเองหมดอาลัยตายอยาก ร้องไห้บ่อยๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ มีความรู้สึกผิดและดูถูกตนเอง
- 5) ป่วยเป็นโรคจิต เช่นมีอาการหูแว่วว่ามีคนมาสั่งให้ไปตาย หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่าจึงอยากตายให้พ้นๆ มีความคิดแปลกๆ ว่าถ้าตายแล้วจะช่วยไม่ให้โลกแตก เป็นต้น
- 6) คิดสุราหรือยาเสพติด จนเลิกไม่ได้ครอบครัวยุและชุมชนไม่ยอมรับ
- 7) มีความทุกข์ทรมานจากโรคประจำตัวร้ายแรง โรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย เช่น โรคเอดส์ มะเร็ง เป็นต้น
- 8) มีความพิการจากการสูญเสียอวัยวะสำคัญจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือเสียความสวยงาม
- 9) สูญเสียบุคคลหรือของรักที่มีความสำคัญต่อชีวิตการตายจาก หรือแยกจากในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน
- 10) ถูกเร่งรัดหนี้สินจนหาทางออกไม่ได้สิ้นเนื้อประดาตัว หมดทางทำมาหากิน
- 11) เกิดการโต้เถียง ทะเลาะวิวาทรุนแรงบ่อยๆ ระหว่างคนในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

Emile Durkheim (1951 อ้างถึงใน พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์, 2545) นักสังคมศาสตร์ชาวฝรั่งเศสเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์กับสังคม (social integration) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญแบ่งการฆ่าตัวตายตามหลักสังคมศาสตร์เป็น 3 พวกได้แก่

- 1) Egoistic suicide หมายถึงการฆ่าตัวตายเนื่องจากการขาดความสัมพันธ์หรือไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม
- 2) Altruistic suicide หมายถึงการฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับสังคมมากเกินไป เช่นทหารญี่ปุ่นสมัครใจบินไปทิ้งระเบิดที่เกาะเพิร์ลที่รู้ว่าจะไม่ได้กลับมาเรียกว่า กามิกาเซ่หรือการคว้านท้องตัวเองของทหารญี่ปุ่นเมื่อประเทศแพ้สงครามเรียกว่า ฮาราคิรี เป็นต้น

3) Anomic suicide หมายถึงการฆ่าตัวตายเนื่องจากเกิดการสูญเสียสถานภาพของตนในสังคม เช่นการล้มละลาย เป็นต้น

มาโนช หล่อตระกูล (2547) กล่าวว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีลักษณะต่อไปนี้

- 1) ผู้ที่เจตนาฆ่าตัวตายแต่ทำไม่สำเร็จหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
- 2) ผู้ที่มีความตั้งใจทำลายชีวิตของตนเองอย่างชัดเจน
- 3) มีโรคทางกายที่มีอาการรุนแรง และรักษาไม่หาย
- 4) โรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น

3. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มีรายงานอีกหลายรายงานที่กล่าวถึงอารมณ์ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่าง ๆ กัน เช่นรายงานหนึ่งกล่าวว่าความสิ้นหวังเป็นอาการสำคัญยิ่งกว่าความเศร้าในการทำให้เกิดความตั้งใจจริงที่จะตาย รายงานอื่นพบว่าความเศร้าอย่างเดียวไม่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายนอกจากจะมีอารมณ์โกรธร่วมด้วยและอีกรายงานหนึ่งว่าการที่ครอบครัวของเขาแสดงความต้องการจะให้เขาตายนั้นทำให้เขาโกรธ แต่แสดงออกมาไม่ได้ ความโกรธนั้นจึงหันเข้าหาตนเองลักษณะเฉพาะของคนประเภทนี้คือ มักจะตำหนิตนเองไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกโต้แย้งเมื่อถูกวิจารณ์ ถูกดูถูกหรือก้าวร้าวอย่างไรก็ตามแม้เราจะยังไม่สามารถสรุปได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่แท้จริงของการฆ่าตัวตาย แต่จากการศึกษาต่างๆก็พบคล้ายๆ กันว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมความอึดแอของชุมชน วัฒนธรรม ศาสนา และชาติกำเนิด นอกจากนี้ยังขึ้นกับสภาพแวดล้อมในครอบครัว บุคลิกภาพ และสภาพจิตของคนๆนั้นอีกด้วย(สุชาติ พหลภักย์, 2555)

ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล(2548) กล่าวว่าส่วนปัญหาการติดสุราเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 4 โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกายปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาในการทำงานจากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่าผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงซึ่งการได้รับการรักษาที่ถูกต้องจึงถือว่ามีผลสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพราะการเจ็บป่วยทางจิตเวชถือเป็นสาเหตุสำคัญในการฆ่าตัวตายทั้งนี้ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะเป็นผู้ชายที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าและใช้วิธีที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ในขณะที่ผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยที่ไม่เสียชีวิตมักจะเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและส่วนใหญ่ไม่ได้เจ็บป่วยทางจิตเวชแต่เป็นการตัดสินใจที่ท้ออย่างรวดเร็วจนโดยไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า และใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง

พนม เกตุมาน (2556) อธิบายว่าคนที่มีความคิดและพยายามจะฆ่าตัวตายนั้นจะมีสัญญาณเตือนก่อน เช่น เก็บตัวไม่พูดคุยกับใคร มีอาการซึมเศร้าติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ เคยพูดเคยบ่น ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เขียนจดหมายลาตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีปัญหาสุขภาพ ประสบปัญหาชีวิตทั้งเรื่องครอบครัว และฐานะการเงินหนี้สิน ดินเหนียวหรือยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งผู้ที่อยู่ใกล้ชิดอาจสามารถสังเกตเห็นและช่วยหาวิธีป้องกันก่อนที่บุคคลเหล่านั้นจะมีการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทที่ควรจะให้การดูแลเป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายลดความเศร้าความกังวลลงเนื่องจากความอบอุ่นความรักและความเข้าใจจากคนในครอบครัวจะช่วยทำให้บุคคลเหล่านี้มีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นมีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป ล้มเลิกความคิดฆ่าตัวตายแม้จะเผชิญกับปัญหาชีวิตอย่างหนักก็ตามผู้ที่ฆ่าตัวตายมากกว่าครึ่งเป็นโรคซึมเศร้าก่อนที่จะเสียชีวิต โรคนี้ทำให้ผู้ที่เป็นรู้สึกท้อแท้มองโลกในแง่ลบ รู้สึกชีวิตไร้ค่า รู้สึกสูญเสีย จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

มาโนช หล่อตระกูล (2556) อธิบายว่า สาเหตุของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีดังต่อไปนี้

1) สาเหตุทางจิตใจบุคลิกภาพ/ การปรับตัวคนที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ตลอดจนสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีย่อมจะสามารถแก้ไขปัญหาที่เข้ามากระทบได้ดีกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก บุคลิกภาพอารมณ์และการปรับตัวนี้ เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูการเลี้ยงดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะต่างกัน เช่นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการเลี้ยงดู อย่างเหมาะสมตามวัย บุคคลผู้นั้นเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นคนที่มองโลกตามความเป็นจริง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์เนื่องจากการเลี้ยงดูจะมีผลต่อความคิด ความรู้สึกของบุคคล ความรู้สึกก็จะส่งผลซึ่งกันและกัน

2) สาเหตุทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่เป็นสาเหตุประการเดียวได้แก่

2.1) เศรษฐกิจ เช่น ภาวะตกงาน รายได้น้อย

2.2) ความรัก เช่น ผิดหวังในความรัก หรือสูญเสีย

2.3) การศึกษา เช่น ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ปกครองทำให้ไม่สามารถสู้หน้าผู้ปกครองได้

2.4) ครอบครัว เช่น มีปัญหาครอบครัว

2.5) ความเชื่อ เช่น ความเชื่อในบางลัทธิ

3) โรคทางจิตเวช พบว่า โรคทางจิตเวช 4 กรณีต่อไปนี้ ผู้ที่เป็นมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

3.1) โรคซึมเศร้า นอกจากอารมณ์เศร้า หงุดหงิด หดหู่ใจไม่แจ่มใสแล้วจะมีอาการทางกายต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลดความรู้สึกทางเพศลดลง ความนึกคิดและการกระทำเชิงซ้ำโรคซึมเศร้านี้อาจมีสาเหตุทางกรรมพันธุ์ หรือมีอาการล้มเหลวในการปรับตัว หรือ ทั้ง 2 สาเหตุร่วมกันได้

3.2) โรคจิต อาจมีความหวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน หูแว่ว เช่น มีเสียงพูดตำหนิด่าว่าหรือสั่งให้ทำร้ายตนเอง นอกจากอาการทางจิตในส่วนความผิดปกติทางความคิดแล้วอาจมีอาการเศร้าร่วมด้วย ซึ่งเสริมให้มีความคิดและความตั้งในฆ่าตัวตายสูงขึ้น

3.3) ผู้ติดสุราหรือติดยาเสพติดบุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง (Self Esteem) ลดลงเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว เมื่อเผชิญปัญหาในชีวิต เกิดความเครียด อาจเศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่าย อาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

ศุมนทิพย์ จิตสว่าง (2551) กล่าวว่าแม้จะมีผู้พยายามจำแนกแรงจูงใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือพยายามอธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตายมากมาย แต่ก็พอจะสรุปเป็นหลักใหญ่ๆ 2 ประการคือ

1) สาเหตุทางสังคม ได้แก่ปัญหาต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น ปัญหาระหว่างสามีภรรยา ปัญหาเรื่องเพื่อน ปัญหาผู้ร่วมงาน ปัญหาอาชีพปัญหาเศรษฐกิจ หรือปัญหาอื่นๆ นอกจากนั้นยังรวมถึงสภาพแวดล้อมในวัยเด็กและท่าทีของบิดามารดาที่มีต่อตัวเขา เช่น ลักษณะครอบครัวที่แตกแยก ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะกันเป็นประจำบิดามารดาที่มีปัญหาทางจิตประสาท เช่น ติดสุรา ติดยาเสพติดเป็น โรคจิตหรือโรคประสาท ตลอดจนท่าทีของบิดามารดาต่อบุตรที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การลำเอียง การปกป้องและตามใจบุตรมากเกินไป การเข้มงวดกวดขันหรือการไม่เสมอต้นเสมอปลาย การศึกษาสิ่งแวดล้อมของคนไทย 40 คนที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงพบว่าส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่แตกแยกมีปัญหาทางจิตใจในพ่อหรือแม่ หรือทั้ง 2 คน ซึ่งส่วนใหญ่คือการติดสุราและเป็นโรคประสาท ท่าทีที่ไม่ถูกต้องของบิดามารดาต่อบุตร ส่วนใหญ่คือการลำเอียงและปัญหาสำคัญที่กระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมนี้คือปัญหาในบ้านนั่นเอง

2) สาเหตุส่วนตัว แบ่งออกได้เป็น 2 อย่าง

2.1) สาเหตุทางกาย ได้แก่มีความเจ็บป่วยร้ายแรง เช่นเป็นโรคมะเร็งโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด และโรคลมชักหรือโรคที่ทำให้เกิดความพิการ เสียโฉม หรือเสียความสามารถทางเพศ เช่นอัมพาต ความพิการของแขนขา และโบก้น

2.2) สาเหตุทางจิตใจ ได้แก่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพหรือมีความเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่มีความวิปริตทางเพศ โรคประสาทแบบซึมเศร้าการติดสุราและยาเสพติด และโรคจิตชนิดต่างๆพบบุคลิกภาพแบบแยกตัว (schizoid) มากที่สุดจากการศึกษาในคนไทย 40 คนที่พยายาม

ฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงรองลงมาคือบุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial) แบบหวาดระแวง (paranoid) และแบบไม่บรรลุนิติภาวะ (immature) มากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิต ซึ่งส่วนใหญ่คือโรคจิตเภท (ร้อยละ 40) โรคประสาทซึมเศร้า (ร้อยละ 25) ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าอาการทางจิตประสาท เช่น ความหลงผิด ประสาทหลอนและอารมณ์ซึมเศร้าเป็นสาเหตุกระตุ้นอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยลงมือกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

ประเวศ ต้นติพิวัฒน์สกุล(2548) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นคู่กับมนุษย์มาช้านานและอาจแบ่งสาเหตุการฆ่าตัวตายออกเป็นปัจจัยทางสังคม ทางจิตใจและทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางสังคม

แม้การฆ่าตัวตายของแต่ละคนจะมีสาเหตุและความเป็นมาที่แตกต่างกันแต่ก็มีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรักความสัมพันธ์สังคมที่มีความสับสนวุ่นวาย เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน สมาชิกในสังคมจะเกิดความรู้สึกแปลกแยกไม่รู้สึกรเป็นส่วนหนึ่งของสังคมขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ การฆ่าตัวตายในสังคมเช่นนี้จะเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับสังคมที่เน้นความเป็นตัวของตัวเอง เน้นการแก่งแย่งแข่งขันในหมู่เยาวชนค่านิยมต่างๆ จะสั่นคลอน พบปัญหาต่างๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นการหย่าร้าง ความรุนแรงรูปแบบต่างๆ เพิ่มมากขึ้นความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกถือเป็นสาเหตุสำคัญทางสังคมของการฆ่าตัวตายการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการนำเสนอข่าวหรือรายการโทรทัศน์ที่แสดงเรื่องราวและภาพของการฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายที่เกิดตามมามากใช้วิธีการเดียวกัน

2) ปัจจัยทางจิตใจ

ผู้คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถมองสังคมนรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรมและไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตนเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจผู้คิดฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิตจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกจะเครียดน้อยกว่าผู้เลี่ยงปัญหาหรือเน้นแต่การบรรเทาด้านอารมณ์การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกเพื่อหนีจากปัญหาที่เขามองไม่เห็นทางแก้ไข

4) ปัจจัยทางชีวภาพ/การแพทย์

การศึกษาทางการแพทย์ พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตายโดยมีสาเหตุสำคัญคือภาวะซึมเศร้า และการติดสุราแม้คนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าอารมณ์เศร้าและการติดสุราน่าจะมีสาเหตุจากจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อมแต่จากการศึกษาพบว่าอารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น

มีอาการหวาดระแวงมีสาเหตุส่วนหนึ่งจากกรรมพันธุ์และนักวิทยาศาสตร์ยังตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองของผู้มีอาการซึมเศร้าซึ่งแสดงถึงกระบวนการทางชีวภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและพบว่าการรักษาด้วยยาเพื่อปรับการทำงานของระบบสารเคมีในสมองช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาทางจิตใจ โดยเฉพาะหากมีอาการรุนแรงหรือมีอาการทางจิตจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาแต่การรักษาจะได้ผลดีที่สุดและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำหากให้การรักษาทั้งทางยา และทางจิตใจควบคู่กันไปโดยการช่วยเหลือทางจิตใจจะเน้นการปรับวิธีคิดเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพเช่นเดียวกับปัญหาการติดสุราที่พบสาเหตุทางกรรมพันธุ์ร่วมด้วย

วชิระ เฟ็งจันทร์(2556) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อนปัญหาติดสุราเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 4 โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาในที่ทำงานหรือมีปัญหาทางกฎหมายจากการดื่มสุรา มุมมองทางการแพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้นส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลงการรักษาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายและการเจ็บป่วยทางจิตเวชถือเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นทุกรายมักมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการการให้ความช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลผู้นั้นทั้งด้านสังคม จิตใจ และการแพทย์

ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2553) อธิบายว่าปัจจัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยภายในตัวบุคคลได้แก่ พันธุกรรมและการมีโรคซึมเศร้าอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสมดุลของสารเคมีในสมองซึ่งควบคุมอารมณ์ของคนเราทำให้คนนั้นเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้หมดหวังจนคิดอยากฆ่าตัวตายในที่สุดโดยอาจไม่ต้องมีเรื่องให้เครียดหนักนักซึ่งเราอาจเคยอ่านพบในหน้าหนังสือพิมพ์ว่าบางคนที่ฆ่าตัวตายนั้นญาติเองก็ยังไม่เข้าใจมูลแห่งการกระทำอย่างนั้นเลยนอกจากนี้บุคลิกภาพของแต่ละคนอาจมีจุดอ่อนซึ่งพร้อมที่แตกร้าวได้ยากง่ายต่างกันไปเมื่อกระทบมรสุมชีวิตเรื่องเหมือนกัน

2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ สภาพสังคม การงาน การเงินซึ่งก่อความรู้สึกผิดสูญเสีย หมดหวังมักตกเป็นจำเลยแต่ผู้เดียวที่ทำให้คนคิดฆ่าตัวตายเสมอ โดยละเลยปัจจัยในตัวบุคคลไปนอกจากนี้ภาพที่ผ่านสู่มวลชนอาจสร้างค่านิยมให้ยอมรับการฆ่าตัวตายว่าเป็นวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมแบบหนึ่งอีกด้วย

สมภพ เรื่องตระกูล (2524) ศึกษาบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 8 ราย พบประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัวร้อยละ 12.5 ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงจำนวน 40 ราย พบประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ร้อยละ 12.5 เช่นกัน ในทางปฏิบัติมีแนวทางที่จะประเมินว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือผู้ที่ได้พยายามฆ่าตัวตายมาแล้วแต่ไม่สำเร็จมีความเสี่ยงสูงแค่ไหนที่จะฆ่าตัวตายโดยมีปัจจัยดังต่อไปนี้

1) อารมณ์เศร้า มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะถ้ามีอาการทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดแรงกระตุ้นนอนหลับยากหรือตื่นตอนดึกๆ และการเคลื่อนไหวช้าลงความเสี่ยงจะสูง ถ้ามีความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่าหรือสิ้นหวังในบางรายระยะซึมเศร้ามากแต่อาจไม่มีอันตรายแต่ในระยะเวลาที่เริ่มดีขึ้นผู้ป่วยจะมีแรงกระทำตามที่ใจปรารถนาได้ในระยะนั้นจึงอาจเป็นอีกระยะหนึ่งที่พึงระวังพฤติกรรมนี้

2) การนอนไม่หลับอย่างรุนแรง แม้จะไม่ได้ร่วมกับอารมณ์เศร้า แต่ก็อาจทำให้เกิดความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

3) ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย (hypochondriasis)

4) ความล่อแหลมที่จะเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ คนที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยอาจเนื่องจากจิตใจไร้สำนึกต้องการจะฆ่าตัวตาย

5) การขาดแผนการในอนาคตการขาดเป้าหมายในอนาคตแสดงว่าผู้ป่วยขาดความหวังในชีวิตความเสี่ยงจะสูงขึ้นถ้าผู้ป่วยมีความคิดถึงงานศพของตัวเองหรือการที่ญาติหรือเพื่อนจะจัดการกับศพของเขา

6) มีอาการประสาทหลอนที่ออกคำสั่ง เช่นเป็นเสียงสั่งให้ฆ่าตนเอง หรือเป็นเสียงเรียกให้ไปอยู่ด้วยในโลกอื่นซึ่งสุขสบายกว่า

7) โรคจิตเภททั้งที่มีอาการเริ่มแรกหรืออาการชัดเจนมักจะมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายทั้งคู่เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดที่ผันแปรไปจากความเป็นจริงการรับรู้ความรู้สึกผิดไปได้แก่ มีประสาทหลอน และการแปลภาพผิดตลอดจนการตัดสินใจเสียเพราะฉะนั้นถ้ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายก็อาจจะกระทำโดยวิธีรุนแรง ในบางรายอาจไม่แสดงความคิดจะฆ่าตัวตายให้ผู้อื่นทราบเลย อยู่ๆ ก็กระทำเนื่องจากความหลงผิด หรืออาการทางจิตอย่างอื่น บางรายในระยะที่อาการทางจิตรุนแรงแม้จะมีความคิดฆ่าตัวตายก็อาจไม่สามารถลงมือกระทำได้เนื่องจากอาการมากเกินไปที่จะคิดแผนการกระทำสำเร็จแต่เมื่อได้รับการรักษาอาการดีขึ้นพอสมควรอาจลงมือกระทำ

8) ปัญหาทางเพศ คนที่มีความวิตจริตทางเพศ เช่น รักร่วมเพศ มักจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะซึมเศร้า อายุมาก หรือติดสุรา

9) การคิดสุราและยาเสพติดอาจเป็นลักษณะหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตาย ยิ่งกว่านั้นสุราและยาเสพติดบางชนิดยังเป็นตัวกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

10) มีประวัติการสูญเสียในระยะเวลาใกล้เคียงกันอาจเป็นการสูญเสียบุคคลหรือของที่รัก โดยการจากกัน ตายหรือสูญหายในระยะเวลาใกล้ๆ นั้น หรือครบรอบปีของการสูญเสีย

11) มีการผ่าตัดหรือคลอดบุตรใหม่ๆ หลังผ่าตัดและหลังคลอดผู้ป่วยบางรายจะมีอารมณ์เศร้ามากโดยอธิบายสาเหตุไม่ได้ และบางรายมีความคิดอยากตาย

12) โรคทางกายโดยเฉพาะโรคที่รักษาไม่หาย โรคที่ทำให้ทุกข์ทรมานและโรคที่ทำให้พิการ มักจะทำให้เกิดความเศร้าและเบื่อหน่ายชีวิต โดยเฉพาะถ้าคนๆ นั้นเคยเป็นคนที่แข็งแรง และช่วยตัวเองอยู่เสมอ

13) การตกงานหรือปัญหาการเงิน ก็ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต

14) การอยู่ลำพัง จะเป็นการอยู่ลำพังเพราะขาดคู่ หรือเคยมีคู่แต่แยกหย่า หรือตายจากกันทำให้เกิดความว้าเหวและความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าได้บ่อยและมากกว่าคนมีเพื่อน

15) เคยกระทำมาก่อน ร้อยละ 50 - 80 ของคนที่พยายามฆ่าตัวตายมีประวัติเคยกระทำมาก่อนในรายที่มีประวัติเคยพยายามบ่อยๆ หรือเคยพยายามในระยะเวลาอันใกล้มักมีความเสี่ยงสูงที่จะทำอีก

16) ความรุนแรงของการกระทำร้ายที่กระทำจนเกิดการรุนแรงย่อมแสดงว่าน่าจะมีความตั้งใจจริงที่จะตายรายที่เลือกวิธีรุนแรงและน่าหวาดเสียว เช่นการยิง การแทง การแขวนคอกการกระโดดจากที่สูงหรือการเผาตนเองก็ย่อมแสดงว่ามีความตั้งใจที่จะตายมากกว่าคนที่เลือกวิธีกินยา

17) การยกทรัพย์สินสมบัติส่วนตัวให้คนอื่น โดยเฉพาะของที่คนรักและทะนุถนอม หรือการเขียนพินัยกรรมมอบทรัพย์สินสมบัติ แสดงว่ามีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะตาย

18) การไม่ได้ทำอะไรจากความพยายามฆ่าตัวตาย น่าจะนึกถึงว่าเขาไม่ได้ทำเพื่อหวังผลจากผู้อื่น นอกจากต้องการตายจริงๆ

19) รายที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่ไม่มีประวัติดังกล่าว

จากการเก็บข้อมูลความคิดฆ่าตัวตายของสำนักพัฒนาสุขภาพจิตพบว่าคนทั่วไปก็อาจมีความคิดอยากตายเกิดขึ้นมาชั่วคราวได้ โดยเฉพาะในเวลาชีวิตเกิดปัญหายุ่งยากมีความเครียดทางออกไม่ได้ เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจรู้สึกไม่เป็นที่รัก รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมายจากการศึกษาผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยกรมสุขภาพจิตสำรวจทางโทรศัพท์ในช่วงเวลาที่คนไทยได้รับผลกระทบ

จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เมื่อปี พ.ศ. 2540 - 2541 พบว่าผู้ว่างงานมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ยังประกอบอาชีพแต่ละขณะมีคนไทยประมาณร้อยละ 5 - 10 มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยบางกลุ่มอาจมีความคิดเช่นนี้มากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้ตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2556)

องค์การอนามัยโลก (2013) รายงานว่าผู้ทำร้ายตนเองมีจำนวนมากกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10 - 20 เท่า จากการศึกษาพบว่าผู้ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและประสบความสำเร็จได้โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมาการสำรวจผู้ทำร้ายตนเองในยุโรปและอเมริกาพบว่าผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวนร้อยละ 4 - 5 เคยพยายามทำร้ายตนเองมาก่อนทั้งนี้ผู้ที่เคยทำร้ายตนเองอาจไม่ได้ไปรับความช่วยเหลือใดๆ จากโรงพยาบาลทั่วไปหรือหน่วยงานบริการทางสุขภาพจิตการศึกษาผู้ทำร้ายตนเองในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิตที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุน้อยสาเหตุกระตุ้นที่สำคัญคือปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและปัญหาเศรษฐกิจมักใช้วิธีรับประทานยาหรือสารพิษและเมื่อสัมภาษณ์ในรายละเอียดพบว่าผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เกิดอันตรายรุนแรงมักจะไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและทำร้ายตนเองขณะโกรธเคือง ด้วยอารมณ์ชั่ววูบมากกว่าจะกระทำเพราะความสิ้นหวังในชีวิต โรคจิตเวชที่พบบ่อยคือโรคประสาท โดยเฉพาะที่มีอารมณ์เศร้า และบุคลิกภาพผิดปกติ ได้มีคำนวณจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในเวลาหนึ่งปีในเขตกรุงเทพฯว่ามีประมาณ 175 คนต่อประชากร 100,000 คน แต่ละวันจึงมีผู้ทำร้ายตนเองอยู่ตลอดเวลาโดยมีคนไทยอย่างน้อย 50,000 - 100,000 คน ทำร้ายตนเองในแต่ละปี (ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล, 2548)

ศิริลักษณ์ สุภปิติกพร(2545) กล่าวว่ามนุษย์มีสัญชาตญาณการต่อสู้เพื่อมีชีวิตรอด ความก้าวร้าวฆ่าสัตว์อื่นเพื่อใช้เป็นอาหาร พฤติกรรมของมนุษย์ที่แตกต่างจากสัตว์อื่นคือมนุษย์มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยมีปัจจัยทางด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยวัฒนธรรม เพศ ศาสนา การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในทุกๆ ประการจากข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ ได้เสนอข่าวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทุกวันมักจะสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านต่างๆ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัวปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่ได้รับการรักษาบ่อยโดยมีสาเหตุที่มักจะวินิจฉัยบ่อยๆ ได้แก่ โรคทางอารมณ์ โรคติดสารเสพติดโรคบุคลิกภาพแปรปรวน โรคจิตเภท และโรควิตกกังวล

คนทั่วไปอาจมีความคิดชั่ววูบที่อยากตายความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงชีวิตประสบปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียดทำให้รู้สึกว้าชีวิตไม่มีความหมายหรือเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รักในการศึกษาจำนวนผู้มีความคิดฆ่าตัวตายโดยการสำรวจทางโทรศัพท์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต จากผลกระทบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจโดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 ครั้ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2540 ถึง เดือนกันยายน 2541 พบว่า ผู้มีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพการสำรวจข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่โดยใช้แบบสอบถามพบว่า ข้าราชการตำรวจข้าราชการสาธารณสุข และข้าราชการครูในจังหวัดเชียงใหม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ จำนวนร้อยละ 14.9, 11.6, 7.7 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่า มีความคิดฆ่าตัวตายจำนวนร้อยละ 18.6 การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์พบว่าเด็กนักเรียนร้อยละ 12 เคยมีความคิดฆ่าตัวตายก่อนอายุจะครบ 16 ปี และร้อยละ 3 เคยพยายามทำร้ายตนเองในกลุ่มผู้เคยทำร้ายตนเอง มีเพียงส่วนน้อยที่ไปขอรับบริการทางสุขภาพจิตแต่ละขณะจึงมีคนไทยประมาณร้อยละ 5 - 10 มีความคิดฆ่าตัวตายโดยบางกลุ่มอาจมีความคิดเช่นนี้มากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้ตกงาน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล (2548) ได้กล่าวถึงผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่าในกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่งมีร้อยละ 90 พบแพทย์ในระยะหนึ่งเดือนก่อนฆ่าตัวตายมีร้อยละ 66 พบแพทย์ในระยะหนึ่งสัปดาห์ก่อนฆ่าตัวตายมีร้อยละ 40 แสดงความคิดจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจนมีร้อยละ 33 และเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีร้อยละ 25

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมักเป็นผู้ชายที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมีการวางแผนฆ่าตัวตายไว้ล่วงหน้า ใช้วิธีการที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทำในช่วงเวลาสถานที่ที่คนอื่นช่วยเหลือได้ยาก ขณะที่ผู้ทำร้ายตนเองโดยไม่เสียชีวิตมักเป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชทำอย่างหุนหันพลันแล่นโดยไม่ได้อาสาวางแผนไว้ล่วงหน้าใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ทำในเวลาและสถานที่ที่คนอื่นมีโอกาสช่วยเหลือผู้ทำร้ายตนเองจำนวนไม่มากที่ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองลงส่วนใหญ่มักทำไปเพราะเหตุผลอื่น เช่น เพราะความน้อยใจ ขุ่นเคืองใจซึ่งถือเป็นวิธีการหนึ่งในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือแต่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการลงมือทำครั้งแรก

4. สัญญาณเตือนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ส่วนใหญ่ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือนอะไรบางอย่างออกมาให้คนรอบข้าง เช่น พูดเปรยๆ ว่าไม่อยากอยู่ หรือครอบครัวจะดีกว่านี้ถ้าไม่มีตัวเองอยู่ ชีวิตนี้ไม่เหลือ

อะไรแล้ว นี่คงเป็นข่าวมือสุดท้าย เป็นต้น หรือมีพฤติกรรมบางอย่างเช่น ซื่อขมกั๊บไว้มากๆ ซื่อสาร
อันตรายที่ไม่จำเป็นต้องใช้มาเก็บไว้ เขียนจดหมายลาตาย หรือพูดทำนองสั่งเสียกับคนอื่นๆ (ประเวศ
ตันติพิวัฒน์สกุล, 2548)

สัญญาณอันตรายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้

- 1) แยกตัว ไม่พูดกับใคร
- 2) มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายมาก่อน
- 3) เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว
- 4) มีแผนฆ่าตัวตายที่แน่นอน โดยดูได้จากแจกจ่ายของรักของหวง พุดจาฝากฝังคน
ข้างหลังจัดการงานหรือทรัพย์สินให้เรียบร้อย
- 5) เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง
- 6) ดิดเห่ล่าหรือยาเสพติด
- 7) ทรมานจาก โรคจนต้องพึ่งยารักษาประจำและนอนไม่หลับติดกันเป็นเวลานานๆ
- 8) ชอบพูดเปรยๆ ว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่
- 9) ประสบปัญหาชีวิต เช่น ล้มละลาย สูญเสียคนรักกะทันหัน เป็น โรคเรื้อรัง พิกการ
จากอุบัติเหตุ
- 10) มีอารมณ์ขื่นๆ ลุงๆ ที่น่าระวังคือ เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นตรงกันข้าม จาก
ซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานาน กลับดูสบายใจอย่างผิดหูผิดตา ช่วงนี้แสดงว่าเขารวบรวมความกล้า
และตัดสินใจแน่นอนแล้วว่า จะฆ่าตัวตาย

อภิชัย มงคล (2543) อธิบายว่า การสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายดังนี้

- 1) คำพูดอาจจะพูดในทำนองน้อยใจว่าตนเองไม่มีใครรัก ตนเองไม่มีคุณค่า ตนเอง
เป็นภาระของผู้อื่น จนกระทั่งพูดว่าหากตนเองไม่อยู่แล้ว คนอื่นคงมีความสุข จนบอกว่าอยากฆ่าตัว
ตายหรือเขียนจดหมายลาตาย
- 2) พฤติกรรมผู้คิดฆ่าตัวตาย มักมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วย ทำให้นอน
ไม่ค่อยหลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ ทานอาหารได้น้อยลง จนดูซูบ หรือน้ำหนักตัวลดลง อาจจะบ่นว่าไม่
สบายไม่ค่อยมีแรง
- 3) อารมณ์ ผู้คิดฆ่าตัวตาย จะมีอารมณ์เศร้าๆ หงุดหงิดๆ ซึมๆ แยกตนอยู่คนเดียว
บางครั้งอาจจะหงุดหงิดโมโหง่ายสมาริสิ้นผิดปกติไม่จากเดิม
- 4) อื่นๆ เนื่องจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นภาวะวุ่นวามบางครั้งอาจจะไม่แสดง
สัญญาณเตือนมาก่อนในบางกรณีจะสัมพันธ์กับปัญหาด้านบุคลิกภาพและปัญหาด้านความสัมพันธ์

ในกรณีผู้ที่มีบุคลิกภาพ ลักษณะเจ้าอารมณ์ อ่อนไหวง่าย อาจจะจู่คนใกล้คิดว่าจะมาตัวตาย เพื่อเป็นการต่อรอง หรือเรียกร้องความสนใจ

ประเวศ ต้นติพิวัฒนสกุล(2548) อธิบายว่า ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะส่งสัญญาณเตือน บางประการก่อนการฆ่าตัวตาย เช่นการสำรวจในอเมริกาพบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 2 ใน 3 เคยพูดถึงความคิดฆ่าตัวตายและมากกว่า 1 ใน 3 แสดงความตั้งใจฆ่าตัวตายอย่างชัดเจนก่อนลงมือทำการส่งสัญญาณนี้มักสื่อให้กับคนมากกว่าหนึ่งคนแม้ว่าตัวเลขดังกล่าวจะไม่สามารถนำมาใช้กับประเทศไทยได้โดยตรง เนื่องจากสภาพทางสังคมวัฒนธรรมและระบบบริการให้ความช่วยเหลือที่แตกต่างกันแต่สิ่งที่เรียนรู้จากการศึกษาต่างๆ คือ

- 1) ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กระทำขณะมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้
- 2) ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือในช่วงก่อนลงมือทำซึ่งแสดงถึงความต้องการความช่วยเหลือ เช่น ไปพบแพทย์แต่ไปด้วยปัญหาทางอาการทางกายไม่ใช่ปัญหาอยากฆ่าตัวตาย การไปใช้บริการ ณ จุดใจจุดหนึ่งก่อนการฆ่าตัวตายนี้เป็นช่องทางหนึ่งที่เราจะพัฒนามาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายได้
- 3) ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่จะสื่อความคิดฆ่าตัวตายออกมาก่อนลงมือทำเราจึงต้องให้ความใส่ใจกับผู้ที่มีปัญหาหรือสื่อถึงความคิดฆ่าตัวตายและหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสม

สุริย์ บุญเฉย (2554) อธิบายว่า บุคคลที่มีสัญญาณเตือนดังต่อไปนี้ให้ระวังว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) พฤติกรรมสีหน้าเศร้าหมองเคลื่อนไหวช้าพูดน้อยเมื่ออาหารน้ำหนักลดพยายามทำร้ายตัวเองใช้สารเสพติดดื่มสุราไม่อยากทำงาน ไม่สนใจเรื่องเพศแยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อมนอนน้อยหรือมากเกินไป
- 2) ด้านความคิดและอารมณ์ มีความคิดอยากตายดำเนินโทษตัวเองคิดแต่เรื่องเก่าๆ เกี่ยวกับปัญหาตัวเองซ้ำซากหาทางแก้ไม่ได้สับสนเกิดความเหงาเศร้าท้อแท้หมดหวังร้องไห้บ่อยๆ โดยไม่มีสาเหตุรู้สึกผิดและคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่าโกรธง่ายโดยไม่มีเหตุผลเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้ายหรืออารมณ์ดีขึ้นจนผิดสังเกตจากที่เคยมีอารมณ์เศร้าเนื่องจากอาจคิดแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย
- 3) ด้านคำพูด พูดถึงความตายหรือพูดแบบท้อแท้หมดหวังวิธีการตายการเป็นภาระของผู้อื่นเสี่ยงกับคนใกล้ชิดเช่นฉันไม่อยากมีชีวิตอยู่ฉันอยากหลับแล้วไม่ตื่นอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์อะไรมีแต่จะเป็นภาระของผู้อื่นใครๆ คงอยากให้เขาตายไปเสียให้พ้นอยู่ไปชีวิตก็ไม่

อะไรดีขึ้นฝากฝังของรักให้คนอื่นดูแลขอโหรากรรมเขียนจดหมายลาตายทำพิธีกรรมยกทรัพย์สมบัติให้ผู้อื่นหรือเตรียมอุปกรณ์ที่สามารถปลดชีวิตตัวเองได้

5. ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควรเท่านั้นทุกครั้งที่เกิดการพยายามฆ่าตัวตายย่อมนำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจทางจิตใจทั้งในระดับปัจเจกบุคคลครอบครัวชุมชนและประเทศอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บการขาดงานความพิการ (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) หากการกระทำไม่สำเร็จและภายหลังจากที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลและมีโอกาสรอดชีวิตและกลับไปอยู่บ้านอีกครั้งอาจทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางรายมีความรู้สึกผิดอยู่ในใจที่เป็นผู้สร้างปัญหาให้กับครอบครัวแต่ไม่สำเร็จยอมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจรวมถึงสังคมผลกระทบจากการฆ่าตัวตายมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกายมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายได้แก่ มีอาการเบื่อ อาหารรู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง บางรายอาจมีความพิการทางกาย จากหลุดอาหารติด เนื่องจากดื่มสารล้างห้องน้ำสมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย (ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537)

2) ผลกระทบด้านจิตใจบุคคลที่ฆ่าตัวตายอาจจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้งไม่สนใจดูแลและถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิดทำให้มีความวิตกกังวลสับสนหมดหวังเศร้าเบื่อหน่ายซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุดพบว่าประมาณร้อยละ 60 - 70 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดโรคซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งทำให้มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีก (ทวี ตั้งเสรี, 2547)

3) ผลกระทบด้านครอบครัวเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดก่อความสะเทือนใจต่อญาติพี่น้อง ครอบครัวเกิดการสูญเสียบุคคลสำคัญจากการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย (สศไส คัมภรพย์อนันต์, 2554)

4) ผลกระทบด้านสังคมสังคมไทยส่วนใหญ่เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นการทำผิดศีลธรรมคนที่ฆ่าตัวตายเป็นบาปดังนั้นสังคมไทยมักจะมองว่าผู้ที่เลือกแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้เป็นผู้ที่กระทำโดยไม่มีการคิดไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนแต่ในมุมมองของผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักจะมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาอยู่ในขณะนั้นดังนั้นผู้ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายมักจะได้รับผลกระทบเหล่านี้เมื่อกลับเข้าสู่สังคมซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือทำให้ผู้ที่ฆ่าตัวตาย

ต้องเผชิญกับปัญหาจากผลกระทบเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นจากปัญหาเดิมอาจทำให้บุคคลกลุ่มนี้แยกตัวออกจากสังคมและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย (ดร.ณวรรณ สมใจ, 2553)

5) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ที่ฆ่าตัวตายทั่วโลกมากกว่า 1 ล้านคนซึ่งคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้อย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปีการลดปัญหาเหล่านี้ถ้าสามารถลดได้เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดความสูญเสียได้อย่างน้อย 500 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สุมนทิพย์ จิตสว่าง (2551) อธิบายว่า ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายดังต่อไปนี้

- 1) สูญเสียทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจของประเทศ
- 2) สุขภาพจิตของคนใกล้ชิด เพราะอาจเป็นเสมือนตราบาปในใจของผู้ใกล้ชิดไปตลอดชีวิต
- 3) เป็นเครื่องบ่งชี้สภาพของสังคม โดยเฉพาะสภาวะความผูกพันของคนในสังคม

ประกาศ อุครานันท์(2555) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมีหลายกลุ่ม ตั้งแต่ผู้ประสบวิกฤตเศรษฐกิจแม้กระทั่งประชาชนที่มีปัญหาต่างๆ ไปกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาการเรียน ความรัก และความไม่สมหวังในชีวิตที่ต้องมาจบชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นการสูญเสียทรัพยากรของประเทศโดยไม่จำเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ถ้าบุคคลรอบข้างจับสัญญาณเตือนภัยได้ทันทั่วทั้งที่และสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่าอยู่ในระดับใด โดยพิจารณาจากประเด็นสำคัญดังนี้

1) สภาพอารมณ์และจิตใจมีอารมณ์ที่สำคัญคืออารมณ์ที่สิ้นหวัง (Hopeless) ไร้ที่พึ่ง (Helpless) และไร้คุณค่า (Worthless) ซึ่งปรากฏและสังเกตได้จากสีหน้า ท่าทาง แววตาน้ำเสียง และคำพูดซึ่งสื่อความหมาย หมายถึง ความรู้สึกอยากตายเช่นอยู่ไปก็ไม่เป็นประโยชน์ไม่มีชีวิตอยู่ไปทำไมอยู่หรือตายก็มีค่าเท่ากัน

2) ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายว่ามีเหตุการณ์อะไรกดดัน เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก หรือคู่สมรสปัญหาในครอบครัวปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้นการได้ทราบถึงปัจจัยกระตุ้นจะทำให้วางแผนการช่วยเหลือได้ตรงจุดมากขึ้น

3) การวางแผนฆ่าตัวตาย ได้มีการวางแผนหรือไม่อย่างไร เช่น การเขียนจดหมายสั่งลา ขอบขมา สั่งเสีย เขียน พินัยกรรมเตรียมวิธีการฆ่าตัวตายและอุปกรณ์ หรือทำร้ายตัวเองมาก่อนหรือไม่

4) การช่วยเหลือคำจูนจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด (Suicide Support) มีคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดดูแลช่วยเหลือหรือไม่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือดีมักจะให้สถานการณ์ที่รุนแรงสามารถคลี่คลายลงได้ ตรงข้ามถ้าในครอบครัวไม่เข้าใจไม่ยอมรับ ก็จะทำให้มีความเสี่ยงสูง

5) การวินิจฉัยทางจิตเวช โรคทางจิตเวชในกลุ่ม Depressive Disorders มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากถึงประมาณร้อยละ 75 อาการที่สำคัญ คืออาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ อ่อน เพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือมีความรู้สึกผิด เป็นต้น

6. การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่าอยู่ในระดับใดจะนำมาซึ่งการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม คือทัศนคติของคนใกล้ชิดและผู้ช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นพฤติกรรมที่ Call For Help ไม่ใช่ Call For Attention จะทำให้เกิดมุมมองของการอยากช่วยเหลือ ซึ่งเป็นจุดสำคัญเบื้องต้นจากการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับ 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การสร้างความตระหนักให้คุณค่าชีวิตจะช่วยจัดความคิดในการฆ่าตัวตายโดย

1.1) ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวและคุณค่าของตนเองการมีชีวิตอยู่เพื่อใคร เช่น อยากมีชีวิตอยู่เพื่อลูก พ่อ แม่ หรือคนรักจะช่วยคุณคิดและดึงความรู้สึกของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้

1.2) ค้นหาศักยภาพ เช่น ความสามารถ ความดี เพื่อลดความรู้สึกไร้ค่าทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสามารถ

2) การแก้ไขปัญหา ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีความคิดว่าปัญหาของตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ถึงทางตันและไม่มีใครช่วยได้ ผู้ช่วยเหลือจะต้องให้ข้อมูลใหม่ว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้บางปัญหาอาจต้องใช้ระยะเวลาต้องมีการวางแผนแก้ไขปัญหาพร้อมกันควรให้ญาติผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการกระทำซ้ำด้วย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) เพื่อใช้ในการวัด และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไป ขึ้นในปี พ.ศ. 2553 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2551)

ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต

1. ความหมายของความเครียด

ความเครียด (stress) หมายถึง ภาวะที่เรารู้สึกไม่สบายใจหรือหงุดหงิดใจเมื่อเราต้องปรับตัวหรือจัดการกับสถานการณ์แวดล้อมที่คุกคาม หรือขัดขวางการปฏิบัติทางกาย และทางจิตใจ ความเครียดจึงเกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สถานการณ์แวดล้อมที่ทำให้เราต้องปรับตัว เรียกว่า เหตุก่อความเครียด (stressors) ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางกาย ทางจิตใจ และพฤติกรรมที่เผชิญต่อความเครียด เช่น ปวดหัว ภาวะวุ่นวาย อ่อนล้า เรียกว่า อาการเครียด (stress reactions) (วินัย เพชรช่วย, 2546)

เริงชัย หมื่นชนะ (2546) กล่าวถึงคำจำกัดความของคำว่า ความเครียด คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง ที่เกิดความเครียด หรือการหดตัวหลายๆ ส่วนของร่างกาย อาการเครียดนั้นอาจเกิดทีเดียวที่เราใช้วัยวะส่วนนั้น หรืออาจเกิดพร้อมๆ กับหลายที่ ถ้าเราใช้วัยวะส่วนนั้นๆ พร้อมๆ กับหลายส่วน เช่น นักกีฬาเทนนิส ต้องใช้แขนในการตี ขาในการวิ่ง สมองและความคิดในการสั่งงาน ในลักษณะดังกล่าวความเครียดอาจมีที่แขน ขา สมอง อีกนัยหนึ่งความเครียดหมายถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ตรงกับความปรารถนา หรือที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือทนได้ต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ การคัดแปลงให้เหมาะกับร่างกาย ความคิดและจิตใจ หมายความว่า ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเรานั้น ถ้าเราทนได้ก็จะไม่เกิดความเครียด เช่น ฝนตกหนักถ้าตานั้นชอบฝนก็จะรู้สึกดีใจ พอใจ แต่ถ้านั้นไม่ชอบหรือไม่สามารถจะทนกับฝนที่ตกได้ก็จะทำให้เกิดความเครียดหรือแม้แต่การอ่านหนังสือ บางคนสามารถอ่านได้นานนับชั่วโมงก็ไม่เกิดความเครียดนั้นแสดงว่า ร่างกายของเขาสามารถทนได้กับสถานการณ์นั้นได้ แต่ถ้าอ่านๆ ไปเมื่อเกิดความเครียดเล็กน้อยก็ไม่หยุด นานเข้าก็จะเกิดความเครียด

จากที่กล่าวมาจึงกล่าวได้ว่า ความเครียดคือ การหดของกล้ามเนื้อของร่างกาย อันเกิดขึ้นเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่อยู่ทุกๆ ไปที่มากหรือน้อยเกินไปที่เราไม่สามารถปรับตัวได้กับปรากฏการณ์อันนั้น

2. ผลของความเครียด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

ผลของความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจดังนี้คือ

- 1) หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น เพื่อฉีดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ ในร่างกายและขับของเสียออกจากกระแสเลือด
- 2) หายใจไม่ทั่วท้อง เป็นลักษณะการหายใจที่ไม่ลึกและเบาบาง

- 3) มีการขับสารอินนูลินและฮอร์โมนอื่นๆ เข้ากระแสเลือด
- 4) ตับปล่อยน้ำตาลที่สะสมไว้เข้าไปในกระแสเลือดเพื่อให้เกิดพลังในการเอาชีวิตรอดจากอันตรายที่เกิดขึ้นเฉพาหน้า
- 5) ม่านตาขยายเพื่อรับแสงได้มากขึ้น เช่น การมองจ้องโดยไม่กระพริบตา
- 6) กล้ามเนื้อหดเกร็งเพื่อต่อสู้หรือถอยหนีหรือยอมจำนนไม่ยอมทำอะไร
- 7) เส้นเลือดบริเวณอวัยวะย่อยอาหารหดตัว
- 8) เส้นเลือดที่ไปสู่สมองและกล้ามเนื้อใหญ่ๆ ทั่วร่างกายขยายตัว

ผลดีและผลเสียของความเครียด

ผลดีของความเครียด

- 1) มนุษย์ทุกคนต้องมีความเครียดและความเครียดมีความสำคัญต่อชีวิต เพราะมนุษย์จะต้องดำเนินจัดการ ดูแลร่างกายของตนเอง ไปตั้งแต่เกิดจนตาย ถ้าไม่มีความเครียดการจะทำงานอะไรก็จะสำเร็จยากเพราะขาดความจริงจัง เอาใจใส่ กระตือรือร้น ขวนขวาย แสวงหา ถ้ามีความเครียดชีวิตจะเลื่อนลอยอยู่ไปวันๆ
- 2) มนุษย์นอกจากดูแลรักษาชีวิตแล้ว ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือมนุษย์จะต้องมีงานหรือกิจกรรม (Activities) ที่จะต้องทำทุกวันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เมื่อทำกิจกรรมก็จะต้องมีปัญหา มากบ้างน้อยบ้างแล้วแต่ลักษณะ ตัวปัญหานี้และเป็นตัวที่ทำให้มนุษย์เครียดเพื่อที่จะเอาชนะปัญหานั้นๆ
- 3) ประสบการณ์การเรียนรู้ทุกอย่าง (Every Learning Experience) ทำให้เกิดความเครียด ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ถ้าเป็นประสบการณ์ที่เคยผ่านมาแล้ว ความเครียดก็จะมีน้อย เพราะเคยเรียนรู้มาแล้ว แต่ถ้าการเรียนรู้นั้นเป็นประสบการณ์ใหม่ มนุษย์จะต้องแสวงหาแนวทางหลายๆ แนวทางมีการลองผิดลองถูกต่างๆ นานา บางทีก็แก้ปัญหาก็ได้ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้

ผลเสียของความเครียด

- 1) ความเครียดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สะสมนานๆ จนกลายเป็นเรื้อรังจะทำอันตรายแก่ร่างกาย
- 2) ทำให้สมองและร่างกายอยู่ในภาวะที่อ่อนเพลียจนอาจไม่สบาย เจ็บป่วยทางสมองหรือร่างกาย
- 3) จะเกิดความรุนแรงกับตนเอง เช่น เป็นโรคประสาท โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นต้น

- 4) เกิดความรุนแรงในครอบครัว เช่น ทำร้ายเด็ก ทำร้ายคู่สมรส ข่มขืน
- 5) เกิดความรุนแรงแก่สังคม เช่น ก่ออาชญากรรม ปล้นฆ่า ดิถยาเสพติด

3. สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด(สมบัติ ตาปัญญา, 2526)

- 1) สภาพแวดล้อม เช่น มลภาวะ อากาศ น้ำ เสียงดัง การจราจร ความแออัดของประชาชน
- 2) สภาพเศรษฐกิจ เช่น ยุค IMF ปัจจุบันเศรษฐกิจตกต่ำทุกหย่อมหญ้า ข้าราชการมากแพง รายได้ไม่พอกับรายจ่าย
- 3) สภาวะทางสังคมที่มีความแข่งขันงานมีน้อยกว่าคนที่ต้องการทำงาน
- 4) ดื่มหรือเสพสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ภัยไข้ ผื่น เฮอร์โธอิน ยาบ้า ยาอี
- 5) มีความขัดแย้งกับคนอื่นอยู่บ่อยๆ เป็นประจำ
- 6) เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันหรือเป็นความเปลี่ยนแปลงที่ไม่ต้องการ เช่น พ่อแม่ หรือผู้ใกล้ชิดเสียชีวิตกระทันหัน อุบัติเหตุ
- 7) การถูกไล่ออกจากงาน บริษัทห้างร้านพยายามลดจำนวนพนักงานจะเหลือไว้เฉพาะส่วนที่จำเป็น บางครั้งรุนแรงถึงเกิดการฆ่าตัวตาย

วินัย เพชรช่วย(2546) กล่าวว่าสำหรับคนเรานั้นเหตุก่อความเครียดมีส่วนประกอบทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ เช่น นักกีฬา จะถูกกดดันทั้งจากสภาพความพร้อมของร่างกายและการต้องการเอาชนะในการแข่งขัน ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเหตุทางจิตใจ (psychological stressors) แม้แต่เหตุการณ์ที่น่ายินดีก็ยังมีเครียดเกิดขึ้นได้ เช่น การได้เลื่อนตำแหน่งและเพิ่มเงินเดือน เป็นสิ่งที่ใครก็ต้องการ แต่การมีตำแหน่งสูงขึ้นจะนำมาซึ่งแรงกดดันใหม่ๆ ด้วยเสมอ บางคนจะรู้สึกเหนื่อยอ่อนหลังจาก เดินทางท่องเที่ยวพักผ่อน มีสถานการณ์และเหตุการณ์ก่อความเครียด ที่เราไม่ต้องการหลายอย่าง ได้แก่ ความยุ่งยากรำคาญใจ ในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงที่แย่งในชีวิต ภาวะความรับผิดชอบที่กดดันในชีวิต และภัยพิบัติ เป็นต้น

ความวุ่นวายประจำวัน (daily hassles) สิ่งก่อกวน ความกดดัน ความรำคาญต่างๆ ถ้าหากเกิดขึ้นนานๆ ครั้งจะไม่ใช่เป็นเหตุก่อ ความเครียด แต่ถ้าได้รับเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดผลสะสม ทำให้มีอาการเครียดได้ เช่น การอยู่อาศัยใกล้สนามบิน ได้ยินเสียงเครื่องบินขึ้นลงตลอดเวลา มีผลทำให้อาการหงุดหงิดเกิดขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่

การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และภาวะกดดัน (life changes and strains) เป็นเหตุก่อความเครียดที่สำคัญ โดยเฉพาะเมื่อการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปทางลบ หรือเป็นการบังคับให้คนต้องปรับตัวเอง เช่น การหย่าร้าง มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย การว่างงาน มีปัญหาในที่ทำงาน การย้ายที่อยู่ไป

เมืองอื่น เป็นเหตุการณ์ตัวอย่างบางเรื่องที่ทำให้คนต้องปรับตัวเองต่อเหตุการณ์นั้น การมีรายได้ไม่พอในการดำรงชีพ เพราะเศรษฐกิจตกต่ำ เป็นตัวอย่างของการกดดันในชีวิตที่ต่อเนื่องระยะยาว

การวัดเหตุก่อความเครียด (measuring stressors) เพื่อจะตรวจสอบว่าเหตุก่อความเครียดตัวใดที่เป็นอันตรายมากที่สุด เช่น อยากทราบว่า การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นเรื่องรุนแรงกว่าความยุ่งยากราคาขายประจำวันหรือไม่ นักจิตวิทยาจึงพยายาม ที่จะวัดผลกระทบที่เกิดจากเหตุก่อความเครียดชนิดต่างๆ

4. อาการเครียด

อาการเครียด มักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และการแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะเมื่อเหตุก่อความเครียดมีผลรุนแรงมาก นอกจากนั้นแล้วอาการเครียดด้านหนึ่งสามารถก่อให้เกิดอาการเครียดในด้านอื่นได้ด้วย เช่น อาการเครียดทางกายที่รู้สึกเจ็บเล็กน้อย ที่หน้าอก จะมีอาการเครียดทางจิตใจ คือ วิตกกังวลว่าตนเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น ต่อไปนี้จะได้กล่าวถึงลักษณะอาการเครียดประเภทต่างๆ อาการเครียดทางร่างกาย ผู้ที่เคยประสบกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน อุบัติเหตุที่ร้ายแรงที่ไม่คาดคิดมาก่อนจะพบว่ามีอาการทางกายตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น เช่น หายใจถี่ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก และตัวสั่น อาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการสู้หรือหนี (fight or flight syndrome) เป็นการเตรียมร่างกายให้เผชิญหน้า หรือหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่คุกคามในขณะนั้น แต่เมื่อเหตุการณ์ผ่านไปแล้วอาการเหล่านี้จะค่อยหายไป อย่างไรก็ตามถ้าหากเหตุก่อความเครียดมีผลกระทบอยู่นาน อาการเหล่านี้เป็นเพียงการเริ่มต้นของอาการเครียดเท่านั้น (อินทิรา ปัทมินทร, 2540)

Hans Selye(1976) ตั้งเกดทั้งจากสัตว์และมนุษย์พบว่าอาการเครียดทางกายมีลำดับการเกิดที่แน่นอน เพื่อกระตุ้นให้ปรับตัวต่อเหตุก่อความเครียด Selyeเรียกลำดับอาการนี้ว่า GAS หรือ General Adaptation Syndrome ลักษณะอาการ GAS มี 3 ชั้น

ชั้นที่ 1 ชั้นตื่นตระหนก (alarm reaction) มีลักษณะเหมือนอาการสู้หรือหนี ในกรณีที่เหตุก่อความเครียดไม่รุนแรง เช่น ห้อยมีอากาศร้อน อาการที่เกิดเป็นเพียงหัวใจเต้นแรงเร็วขึ้น เหงื่อออก หายใจแรง เพื่อปรับอุณหภูมิของร่างกาย ถ้าร้อนมากขึ้นไปอีกอาการนี้จะรุนแรงขึ้นด้วยร่างกายตื่นตัวมากขึ้น ชีพลังงานมากขึ้น เหมือนขามได้ยีนสัญญาณเตือนภัยกันขโมย การตื่นตระหนกเกิดขึ้นภายใต้การควบคุมของระบบประสาทซิมพาธิก ในระบบประสาทอัตโนมัติ โดยการทำงานของอวัยวะ และต่อมในวงจรซิมพาโทอะดรีโนเมดัลลารี (SAM: sympatho-adrenomedullary system) เหตุก่อความเครียด จะไปกระตุ้นไฮโปทาลามัสในสมองให้กระตุ้นประสาทซิมพาธิก และกระตุ้นต่อมอะดรีนัลเมดัลลา หรือส่วนในของต่อมอะดรีนัล ทำให้ต่อมอะดรีนัลปล่อย

สอร์โมนะซีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งได้แก่ อะดรีนาลีน (adrenaline) และนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) เข้าสู่ระบบการหมุนเวียนของโลหิต ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของตับ ไต หัวใจ ปอด ภาวะอาหาร และอื่นๆ มากขึ้น ผลที่ตามมาคือ ความดันโลหิตสูงขึ้น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด และการเปลี่ยนแปลงทางกายอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับ การจัดการกับ เหตุก่อความเครียด

ขั้นที่ 2 ขั้นต่อสู้ (resistance stage) ถ้าเหตุก่อความเครียดยังคงมีอยู่ต่อไป อาการเครียดจะเข้าสู่ระยะที่ร่างกาย เริ่มต่อต้านหรือต่อสู้กับมัน ในขั้นนี้อาการตื่นตระหนกของขั้นที่ 1 จะค่อยหายไป และร่างกายจะปรับตัวเอง เพื่อเผชิญกับเหตุก่อความเครียดในระยะยาว พลังงานที่ใช้เพื่อต่อสู้ น้อยกว่าขั้นแรก แต่ร่างกายต้องทำงานหนักกว่า เพราะจะเกี่ยวข้องกับวงจรพิเจอิตารีอะดรี โนคอร์ติคัล (PAC: pituitary-adreno-cortical system) ซึ่งทำงานแทนที่วงจร SAM ไฮโปธาลามัส กระตุ้นต่อมพิเจอิตารี ซึ่งอยู่ใต้สมองทำให้ต่อมนี้ปล่อยสอร์ โมนอะดรี โนคอร์ติโคทรอปิก (ACTH: adrenocorticotropic hormone) ซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นส่วนนอก ของต่อมอะดรีนัลให้ผลิตสอร์ โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroids) ออกมา สอร์ โมนนี้จะทำให้ร่างกายดึงพลังงานสำรองที่สะสมไว้มา เพื่อการต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่น ความปวดเมื่อย อาการอักเสบ หรือความรำคาญต่าง ๆ

ผลโดยรวมของการปรับร่างกายที่กล่าวมานี้คือการเตรียมร่างกายให้มีพลังงานได้ใช้เมื่อเผชิญกับเหตุก่อความเครียด ซึ่งมีเหตุมากและก่อความเครียดอยู่นานเท่าใด ร่างกายก็ยิ่งต้องใช้พลังงานไปเพื่อการนี้มากขึ้นและนานขึ้นเท่านั้น เพื่อต่อต้านหรือต่อสู้กับมัน ทำให้ร่างกายต้องสูญเสียเป็นอันมาก แม้จะเป็นไปอย่างช้าๆ แต่ในที่สุดแล้วอาจถึงกับต้องใช้พลังงานไปจนหมด และความสามารถในการต้านทานความเครียดก็หมดลงด้วย เป็นการเข้าสู่ขั้นที่ 3 ของการปรับตัว

ขั้นที่ 3 ยอมแพ้หรือเสื่อมสลาย (exhaustion) ถ้าในกรณีที่ร้ายแรงมาก เช่น ต้องเผชิญกับภาวะอากาศที่หนาวจัด หรือร้อนจัดเป็นเวลานาน อาจถึงเสียชีวิตได้ โดยทั่วไปแล้วในขั้นนี้จะเห็นสภาพของร่างกายเสื่อมโทรม มีความอ่อนล้าของระบบต่างๆ ที่ต้องต่อสู้มาในขั้นที่ 2 เช่น ต่อมอะดรีนัลต้องปล่อยอะดรีนาลีนและคอร์ติโซลเป็นปริมาณมากตลอดเวลา อาจทำให้เส้นเลือดและหัวใจมีความผิดปกติเสียหาย ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคลดต่ำลง มีอาการเจ็บป่วยต่างๆ เกิดขึ้นตั้งแต่โรคหัวใจ ความดันเลือดสูง ปวดตามข้อกระดูก จนถึงอาการเป็นหวัด เป็นไข้ตัวร้อน เป็นต้น อาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการต่อสู้กับความเครียดนี้

วินัย เพชรช้วย (2546) กล่าวว่า แม้การอธิบายอาการเครียดของ Selye จะได้รับการยอมรับมาก แต่ก็มีผู้วิจารณ์ว่า ได้มองข้ามความสำคัญของปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวกับความเครียดไป เช่น ภาวะทางอารมณ์ และความคิดที่คนเรามีต่อเหตุก่อความเครียด จึงมีการพัฒนาคำอธิบายเรื่องนี้ใน

รูปแบบชีวจิตวิทยา (biopsychological models) ซึ่งให้ความสำคัญต่อร่างกายและจิตใจที่มีผลต่ออาการเครียด

ปัจจัยทางจิตใจที่ส่งผลต่ออาการเครียด ได้แก่ คนคิดอย่างไรต่อเหตุก่อความเครียด เขาควบคุมมันได้หรือไม่ มันเป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นสิ่งทำร้าย ความคิดที่ต่างกันมีผลต่ออาการเครียดไม่เหมือนกัน นอกจากนั้นการคุกคาม ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ หรือเหตุทางจิตใจอื่นๆ ก็เป็นเหตุให้มีอาการเครียดที่เป็นอันตรายได้ เช่นเดียวกับที่เกิดจากอาการเครียดทางกาย

อาการเครียดทางอารมณ์ อาการเครียดทางกายที่กล่าวมาแล้วนั้นมักจะเกิดอาการเครียดทางอารมณ์ควบคู่ด้วยเสมอ ถ้ามีโจรเอา ปืนมาขู่ เพื่อเอาทรัพย์สินของเรา อาการทางกายหรือ GAS จะเกิดขึ้นทันที เป็นการตื่นตระหนก แต่ก็เกิดอารมณ์รุนแรงขึ้นด้วย เช่น กลัว โกรธ ถ้าเราจะบอกคนอื่นเกี่ยวกับเหตุการณ์นี้ คงบอกว่า "รู้สึกกลัว โกรธ และคับแค้นใจ" มากกว่าที่จะบอกว่า "หัวใจฉันเต้นแรงและเร็วขึ้น ขณะที่ความดันโลหิตก็เพิ่มขึ้นสูง" เป็นการบอกความเปลี่ยนแปลงในอารมณ์หรือความรู้สึก

ส่วนใหญ่แล้วอาการเครียดทางอารมณ์มักจะหายไปหลังจากตัวก่อเหตุผ่านไปไม่นานนัก แต่ถ้าเหตุก่อความเครียดเกิดขึ้นนานต่อเนื่อง หรือบ่อยๆ อาการเครียดทางอารมณ์จะคงเป็นอยู่ หากไม่สามารถคืนสู่ปรกติได้ คนเราจะรายงาน ว่า รู้สึกถึงเครียด ไม่มีสมาธิ กระวนกระวาย หัวเสียได้ง่าย เป็นต้น

อาการเครียดทางความคิด (cognitive stress responses) อาการทั่วไปทางความคิดเมื่อคนเครียดได้แก่ การสูญเสียสมาธิ ในการคิด ความชัดเจนในความคิดลดลง ความจำมักคลาดเคลื่อนไปจากปกติ อาการเครียดที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการคาดคิด มากเกินเหตุ ในกรณีที่ต้องเผชิญกับเหตุก่อความเครียด เช่น ในการสอบไล่แต่ละครั้ง นักศึกษาที่มีความวิตกกังวล กับการสอบสูง มักจะพูดกับตัวเองว่า "ฉันต้องสอบตกแน่ๆ คราวนี้" หรือ "ใครๆคงจะสอบผ่านได้ ยกเว้นตัวฉันคนเดียว" อาการอย่างนี้มักเกิดขึ้นกับคนที่มีความสามารถปานกลาง ที่ไม่แน่ใจในตัวเองว่าจะทำได้ดีเพียงใด การคิดมากเกินเหตุ นอกจากทำให้สูญเสียสมาธิ แบ่งแยกความสนใจ และบั่นทอนความสามารถ ในการคิดแล้ว ยังไปเพิ่มความรุนแรงให้ความเครียดที่มีอยู่ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน ที่กระทำด้วย หรืออาจพูดอีกนัยหนึ่งว่า กลัวความล้มเหลวมากเกินไปก็จะทำให้ความล้มเหลวเกิดขึ้นได้จริง ๆ

อาการเครียดทางพฤติกรรม (behavioral stress responses) สิ่งบอกเหตุว่า คนเครียดทางกาย หรือทางอารมณ์ สังเกตได้จาก อาการทางกาย การกระทำ หรือการพูด เช่น ไบหน้ที่มึนตึ๊ง เสียงไม่ราบเรียบ ร่างกายสั่นหรือเกร็ง อาการอยู่ไม่เป็นสุข นักจิตวิทยาสามารถสังเกตอาการเครียดจากลักษณะท่าทางภายนอกของบุคคลได้ อาการเครียดทางพฤติกรรมที่ชัดเจนก็มีให้เห็นได้ ในกรณีที่คนพยายามจะหลบหนีหรือป้องกันตนเอง จากเหตุก่อความเครียด บางคนลาหยุดงาน หนีโรงเรียน

ลาออกจากการเรียน หันไปดื่มเหล้า หรือแม้แต่พยายามทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้คนที่มีความเครียด ไม่มีโอกาสที่จะเรียนรู้ การปรับตัว หรือจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องได้

ความก้าวร้าว เป็นอีกอาการหนึ่งที่แสดงถึงอาการเครียด และมักจะแสดงต่อบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด หลังจากที่ต้องเผชิญกับภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม พายุ เป็นเวลานานพบว่ามีเหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้นมากในครอบครัวของผู้ประสบภัย แสดงว่า ความเครียดเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้คนมีอาการก้าวร้าว

ภาวะเครียดสุดขีด (burnout) ในบางกริ่งอาการเครียดทางกายทางอารมณ์ และทางพฤติกรรมเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ซึ่งเรียกว่าเป็นภาวะเครียดสุดขีด ซึ่งอาจมีความผิดปกติและสะสมไว้นานสุดทน เนื่องจากมีเหตุก่อความเครียดต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง และอาการเครียด ทุกด้าน เพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อถึงภาวะเครียดสุดขีด ลักษณะของคนที่มีอาการเครียดจะแตกต่างไปจาก สภาพปกติของเขา คนที่เคยทำงานดีเป็นที่ไว้ใจได้จะมีผลงานแย่ลง ไม่ค่อยสนใจ มีอุบัติเหตุบ่อยครั้ง คนที่อยู่ในภาวะนี้ จะทำงานผิดพลาดบ่อย นอนหลับนานกว่าปกติ อาจหันวิถีชีวิตไปดื่มสุราหรือติดยา มีอาการรุกรี้รุกรน หวาดระแวง หลบหนีผู้คน เส่ร้าซึม ไม่สนใจที่จะพูดเรื่องความเครียดหรือปัญหาอื่นใด

ความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic stress disorder) คนที่ประสบกับเหตุการณ์ที่สะเทือนขวัญมากๆ เช่น ในอุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติจะมีลักษณะอาการเครียดที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล อยู่เฉยไม่ได้ คิดฟุ้งซ่าน ไม่สามารถรวบรวมสมาธิ หรือทำงานใดสำเร็จได้ ไร้ความรู้สึก กลัวที่จะต้องพบผู้คนที่สำคัญคือ เหตุการณ์ร้ายที่สะเทือนขวัญนั้น จะมาก่อนความคิดอยู่ตลอดเวลาหรือฝันถึงในขณะนอนหลับ ในบางกรณีคนที่มีอาการนี้คิดว่ามีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงๆ กับตนซ้ำอีก ในเหตุการณ์ที่มีคนตายมากๆ ผู้ที่มีชีวิตรอดมักจะเครียดจัด ยิ่งถ้ารู้สึกว่าเป็นต้นเหตุ ยิ่งรู้สึกผิด โทษตัวเองและเส่ร้าซึมมากขึ้น อาการผิดปกติอาจเกิดขึ้นได้ทันที หลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือหลังจากเหตุการณ์นั้นเป็นสัปดาห์ เดือน หรือเป็นปีก็ได้ แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะต้องได้รับความช่วยเหลือ จากมืออาชีพ แม้บางรายอาจไม่ต้องเพราะเมื่อเวลาผ่านไปนานๆ อาการจะค่อยหายไป แต่ผู้ใกล้ชิดจะต้องให้ความช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจเพื่อให้หายเร็วขึ้น

5. ปัจจัยสื่อความเครียด (วินัย เพชรช่วย, 2546)

ปัจจัยสื่อ (stress mediators) หมายถึง ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับเหตุก่อความเครียด ซึ่งมีผลต่อความรุนแรงของอาการเครียด แตกต่างกันในระหว่างสงครามอ่าวเปอร์เซีย เมื่อปี ค.ศ.1991 กองกำลังสหประชาชาติถูกเพื่อนทหารด้วยกันยิงตายหลายคน โดยเฉพาะนักบินที่

บินผ่านแนวสนับสนุนของทหารราบแล้วถูกยิงโดยเข้าใจผิดคิดว่า เป็นเครื่องบินของศัตรู การตัดสินใจผิดพลาด เช่นนี้หลายครั้งเกิดจากความเครียดในการรบ ทำให้ความเครียดจึงมีผลต่อทหารบางคนแต่ไม่มีผลต่อคนอื่น ๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า บางคนรอดตาย มีชื่อเสียงในสถานการณ์เดียวกันกับที่บางคนหมดอาลัยในชีวิต ท้อแท้ และเครียดจัด ซึ่งทั้งนี้เป็นผลจากปัจจัยสี่ที่ไม่เหมือนกัน ได้แก่ ภาวะการณ์และควบคุมสถานการณ์ได้เพียงใด (predictability and control) ถ้าคนเรารู้ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้น ก็ยังไม่แน่นอนว่า จะมีผลต่อความเครียดมากน้อยเพียงใด เช่น ภรรยาของทหารอเมริกันที่รู้เพียงว่าสามีสูญหายไปสงครามเวียดนาม จะมีสุขภาพทางกาย และจิตใจเสื่อมมากกว่าภรรยาที่รู้ว่าสามีตายในสงครามหรือถูกจับเป็นเชลย เหตุก่อความเครียด ที่คนสามารถคาดการณ์ได้แน่นอน มีผลต่อความเครียดน้อยกว่าเหตุที่ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่อาจคาดการณ์ได้ถูกต้อง โดยเฉพาะเมื่อเหตุนั้นรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน

เพียงแต่คนมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ก่อความเครียดได้ ก็สามารถลดความรุนแรงของผลกระทบได้ คนที่คิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุร้ายที่เกิดกับตัวเองได้จะแสดงอาการที่เป็นปัญหาทางกายและทางอารมณ์บ่อยๆ รู้สึกว่าตัวเองสิ้นหวัง ท้ออาลัย ซึ่งจะค่อยๆพัฒนาอาการเศร้าซึมและความบกพร่องทางจิตใจขึ้นและพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่คิดว่าตัวเองไม่มีทางจะรักษาให้หายได้ มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นว่ายังมีทางรักษาให้หายได้ (Rodin & Salovey, 1989)

อดิรัตน์ วัฒนไพลิน และคณะ (2553) กล่าวว่า การแปลความหมายของเหตุก่อความเครียด (how stressors are interpreted) มีผลกระทบมากหรือน้อย ย่อมขึ้นอยู่กับ การรับรู้และ ความคิดของบุคคลต่อเหตุก่อความเครียด ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่คนมีต่อเหตุการณ์หนึ่งๆ ย่อมเป็นไปตามความคิดความเข้าใจ ที่เขามีต่อเหตุการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งคุกคามที่ควบคุมไม่ได้ หรือเป็นสิ่งท้าทายที่ควบคุมได้ เหตุการณ์ธรรมดาบางอย่าง อาจทำให้เครียดได้ ถ้าหากมีผู้ให้คำแนะนำ หรือชี้แนะให้เข้าใจว่าเป็นสิ่งคุกคาม และพบว่าคนที่ถูกผู้อื่นครอบงำทางความคิด มักมีความวิตกกังวล และเครียดได้ง่ายกว่า คนที่มีความคิดเป็นของตนเอง

6. การประเมินความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต

Thomas Holmes และ Richard Rahe ปี ค.ศ. 1967 เริ่มสร้างเกณฑ์มาตรฐานในการวัดความเครียดในชีวิตของคนเรา โดยมีความคิดพื้นฐานว่า การเปลี่ยนแปลงในชีวิตทุกกรณีไม่ว่าเป็นบวกหรือลบย่อมทำให้เกิดความเครียด ซึ่งทั้งสองได้ให้คนจำนวนมากระมาค่าความเครียดในชีวิตจากเหตุการณ์ต่างๆ ในรูปของค่าเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือ life-change unit หรือ LCU เป็นปริมาณการปรับตัวที่ใช้ในเหตุการณ์นั้น เช่น การหย่าร้าง การถูกไล่ออกจากงาน การเกษียณอายุ

สูญเสียคนรัก ตั้งครุฑ การแต่งงาน เป็นต้น เพื่อการกำหนดประมาณค่าเหล่านี้ Holmes และ Rahe จึงพัฒนา Social Readjustment Rating Scale หรือ SRRS ขึ้นเพื่อใช้วัดค่าความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม

แรงงาน (labour) ในแนวคิดของวิชาเศรษฐศาสตร์แรงงาน คำว่าแรงงาน เป็นคำรวมหมายถึง ความพยายามของมนุษย์หรือการออกแรงในการผลิตและจำหน่ายสินค้าและบริการเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจและผู้ที่ดำเนินการจะได้รับค่าตอบแทนจากแนวคิดดังกล่าวก็จะเห็นได้ว่าแรงงานมีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือส่วนแรกเป็นการกระทำของมนุษย์ และส่วนที่ 2 จากผลของการกระทำก่อให้เกิดผลทางเศรษฐกิจในรูปของค่าตอบแทนหรือรายได้ดังนั้นการที่มนุษย์ออกแรงหรือกระทำการเพื่อตัวเองและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์เป็นเงินเป็นทองจึงไม่อยู่ในความหมายของ "แรงงาน" โดยที่กระบวนการผลิตมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ฉะนั้น คำว่าการออกแรงไม่ได้หมายความว่าเพียง "การออกแรงกาย" การใช้ "สมอง" และ "สติปัญญา" ก็อยู่ในความหมายของ "แรงงาน" ยิ่งกว่านั้นแม้การทำงานในโรงงานคนงานมีหน้าที่แต่เพียงกดปุ่มให้เครื่องจักรทำงานเท่านั้น ไม่ได้ใช้การออกแรงงานอย่างสมัยก่อนพจนานุกรมของราชบัณฑิตยสถานนิยามคำว่าแรงงานไว้ว่า "แรงงาน น. ประชากรในวัยทำงาน ไม่รวมถึงคนพิการคนวิกลจริต นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน นักบวช ทหารผู้ต้องขังและผู้ประกอบกิจการเพื่อหากำไรความสามารถในการทำงานเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจกิจการที่คนงานทำในการผลิตเศรษฐกิจผู้ใช้แรงงาน" องค์กรที่ดีเมื่อนับรวมแม่บ้านและผู้อยู่ในสถาบันการศึกษาเข้าด้วย ก็เรียกว่ากำลังคน (man power) หมายถึง ผู้ที่กำลังทำงาน กำลังหางานทำและบุคคลที่ยังไม่ได้ทำงาน แต่บางเวลาบางครั้งก็จะออกหางาน เช่น แม่บ้าน นักเรียนออกหางานทำเพื่อหารายได้เพิ่มเติม (นิคม จันทรวิฑูร, 2536)

คำนิยามของราชบัณฑิตยสถานครอบคลุมความหมายของเศรษฐศาสตร์แรงงาน โดยรวมบุคคลที่กำลังทำงานและหางานทำ แต่ไม่รวมผู้ที่อยู่ในสภาพที่ทำงานไม่ได้เพราะร่างกายและจิตใจไม่สมประกอบ หรือผู้อยู่ในสถาบันการศึกษาและอื่นๆ เช่นผู้ต้องขัง

คำนิยามของราชบัณฑิตยสถานดังกล่าวตรงกับคำว่ากำลังแรงงาน (labour force) ซึ่งใช้ในการทำสำมะโนประชากรหรือการสำรวจแรงงานกำลังแรงงานโดยปกติขึ้นอยู่กับคำนิยามของสำนักสถิติแห่งชาติซึ่งใช้แบบเดียวกับราชบัณฑิตยสถาน เพียงแต่คำว่าผู้หางานให้หมายเฉพาะผู้ที่ออกหางานทำเท่านั้น ไม่รวมผู้ที่อยู่บ้านและคอยงาน (นิคม จันทรวิฑูร, 2536) สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน (2556) ได้อธิบายถึงแรงงานในประเทศไทยว่าประเทศไทยมีประชากรในวัยทำงาน และกำลังทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 55 ล้านคน อยู่ในกำลังแรงงาน 40 ล้านคนเป็นผู้ทำงาน 39 ล้าน

คน และไม่มีงานทำ 0.3 ล้านคน เป็นผู้ทำงานภาคเกษตร 17.4 ล้านคนนอกวงเกษตร 10.8 ล้านคน เป็นผู้ทำงานส่วนตัว 8.9 ล้านคน ผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน 10 ล้านคน เป็นลูกจ้าง 8.9 ล้านคน เป็น นายจ้าง 399,000 คน ราชบัณฑิตยสถานอธิบายคำว่าแรงงานยังแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แรงงาน รับจ้าง (employee หรือ wage-earner) และแรงงานที่ทำงานส่วนตัว (self-employed หรือ own account)

"แรงงานรับจ้าง" หมายถึงทุกคนที่ทำงานให้นายจ้างเพื่อค่าจ้างหรือเงินเดือน

"คนทำงานส่วนตัว" หมายถึงผู้ทำงานให้แก่ตัวเองและไม่ได้เป็นลูกจ้างผู้ใด

ในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง คำว่าแรงงานยังหมายถึงผู้ทำงานระดับ ปฏิบัติการหรือระดับล่าง ซึ่งเรียกกันว่าคนงาน (worker) เพื่อให้แตกต่างกับแรงงานระดับบริหาร หรือระดับบังคับบัญชา (นิคม จันทรวาทูร, 2536)

ฐานข้อมูลสภาพแรงงานไทย (2556) ได้อธิบายถึงแรงงานระดับล่างหรือคนงานมักก่อตั้ง เป็นสหภาพแรงงาน (labour union) ในแนวคิดของเศรษฐศาสตร์แรงงานสหภาพแรงงานเป็นการ รวมของผู้รับจ้างเพื่อรักษาและปรับปรุงสภาพการทำงานและชีวิตความเป็นอยู่ตามกฎหมายแรงงาน สหภาพแรงงานคือองค์กรของลูกจ้างที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายสหภาพแรงงานหลายสหภาพสามารถ รวมกันเป็นสหพันธ์ (federation) หรือเป็นสภาแรงงาน (congress) การก่อตั้งในรูปสหภาพ สหพันธ์ และสภาแรงงานและดำเนินการเพื่อรักษาสิทธิและประโยชน์ของคนงาน เรียกกันว่าขบวนการแรงงาน (labour movement) อัตราค่าจ้างขั้นต่ำของผู้ใช้แรงงาน คือ 300 บาทต่อวัน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556(กระทรวงแรงงาน, 2556)

นิคม จันทรวาทูร(2536) กล่าวถึง ผู้ใช้แรงงานทำงานอยู่สาขาอุตสาหกรรม โดยแบ่งเป็น 8 ประเภท คือ

- 1) การเกษตรซึ่งรวมถึงป่าไม้ การล่าสัตว์ และการประมง
- 2) การทำเหมืองแร่
- 3) การทำหัตถกรรม อุตสาหกรรม
- 4) การก่อสร้าง
- 5) การไฟฟ้า แก๊ส การประปาและการสาธารณสุข
- 6) การพาณิชย์
- 7) การขนส่ง คลังสินค้าและการคมนาคม
- 8) การอำนวยการบริหารต่างๆ

ด้านอาชีพแบ่งเป็น 9 ประเภท คือ

- 1) นักวิชาชีพและนักวิชาการ
- 2) นักบริหารและผู้บริหารปฏิบัติงานด้านจัดการ
- 3) เสมียนพนักงาน
- 4) พนักงานขายของ
- 5) เกษตรกร ชาวประมง นักล่าสัตว์
- 6) คนทำเหมืองแร่
- 7) คนงานในด้านขนส่งและคมนาคม
- 8) ช่างฝีมือและคนงานในการผลิต
- 9) ผู้ปฏิบัติงานในการกีฬาและพักผ่อนหย่อนใจ

อาชีพ 9 ประเภทนี้ยังแบ่งย่อยเป็นอาชีพอีกจำนวนมาก เช่น เสมียน พนักงาน ยังแยกเป็น เสมียนบัญชี พนักงานชวเลข พนักงานเครื่องคำนวณ เสมียนสถิติ สำหรับพนักงานขายของก็มี พนักงานขาย พนักงานเดินตลาด ตัวแทน นายหน้าขายประกัน พนักงานขายทอดตลาดพนักงานตีราคา พนักงานขายส่ง ผู้เช่าหนังสือ พนักงานจำหน่ายต่างๆ เป็นต้น

ข้อมูลโรงงานตามประเภทโรงงานอุตสาหกรรม จำแนกตามกฎหมายกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติโรงงานพ.ศ. 2535 แบ่งประเภทอุตสาหกรรมเป็น 3 จำพวกดังนี้

โรงงานจำพวกที่ 1 เป็นโรงงานขนาดเล็ก มีเครื่องจักรไม่เกิน 20 แรงม้า และคนงานไม่เกิน 20 คน และมีแนวโน้มว่าการประกอบกิจการจะไม่ก่อให้เกิดเหตุเดือดร้อนแก่ผู้อยู่อาศัยข้างเคียง

โรงงานจำพวกที่ 2 เป็นโรงงานขนาดกลาง มีเครื่องจักรไม่เกิน 50 แรงม้า และคนงานไม่เกิน 50 คน และโดยทั่วไปจะเป็นโรงงานที่มีขนาดการประกอบกิจการใหญ่กว่าโรงงานประเภทที่ 1 สามารถประกอบกิจการได้โดยเพียงแจ้งให้ทางการทราบตามแบบใบรับแจ้งการประกอบกิจการโรงงานที่ทางการกำหนด โดยไม่ต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน

โรงงานจำพวกที่ 3 เป็นโรงงานขนาดใหญ่ มีเครื่องจักรเกิน 50 แรงม้า และคนงานเกิน 50 คน หรือเป็นโรงงานที่มีการประกอบกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนหรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงต้องขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน

ข้อมูลจากการนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด (2556) รายงานว่า จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด มีทั้งหมด 274 โรงงาน มีจำนวนผู้ใช้แรงงานทั้งหมด 21,431 คน ผู้ใช้แรงงานในโรงงานในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดแบ่งโรงงานออกเป็น 3 กลุ่ม

- 1) โรงงานขนาดใหญ่จำนวน โรงงาน 91 แห่ง ผู้ใช้แรงงาน 17,995 คน
- 2) โรงงานขนาดกลางจำนวน โรงงาน 70 แห่ง ผู้ใช้แรงงาน 2,408 คน
- 3) โรงงานขนาดเล็ก จำนวน โรงงาน 113 แห่ง ผู้ใช้แรงงาน 1,028 คน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) กล่าวว่า โรงงานขนาดเล็กและขนาดกลาง จะมีความเสี่ยงจากภาวะวิกฤตทางการเงินสูงกว่าโรงงานขนาดใหญ่ ผู้ใช้แรงงานจะมีความเสี่ยงต่อภาวะความเครียดจากปัญหาทางการเงิน และมีการโยกย้ายแรงงานที่สูงกว่า เกิดความไม่มั่นคงของงาน ศูนย์ข่าวสารตลาดแรงงานภูมิภาคจังหวัดระยอง(2556) รายงานว่า สถานการณ์ด้านแรงงานประชากรและกำลังแรงงานจังหวัดระยองได้ว่า มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 617,281 คน เป็นผู้อยู่ในวัยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 492,430 คน จำแนกเป็นผู้อยู่ในกำลังแรงงานจำนวน 378,802 คน ผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน จำนวน 113,628 คน ผู้มีงานทำ 375,543 คน ผู้ว่างงาน 3,259 คน ขณะที่ผู้อยู่ต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 124,851 คน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 206,927 คน ร้อยละ 54.63 และเพศหญิง จำนวน 168,616 คน ร้อยละ 44.51 ซึ่งอัตราการจ้างงานในภาพรวมไตรมาสนี้ 99.14 มีสัดส่วนลดลงเล็กน้อยหากเปรียบเทียบกับไตรมาสที่ผ่านมาอัตราการว่างงาน ร้อยละ 0.86 แยกเป็นเพศชาย จำนวน 1,565 คน ร้อยละ 0.41 และเพศหญิง จำนวน 1,694 คน ร้อยละ 0.45 จะเห็นได้ว่าการว่างงานที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานทั้งหมดเป็นตัวชี้วัดว่าเศรษฐกิจของจังหวัดระยองยังมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องมีการจ้างงานอย่างสม่ำเสมอ

การนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด (2556) รายงานว่านับจากปี 2524 ที่รัฐบาลได้ดำเนินการตามโครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ซึ่งจังหวัดระยองได้รับการกำหนดบทบาทให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก และถูกกำหนดแนวทางการพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางความเจริญแห่งใหม่ เป็นศูนย์บริการมาตรฐานการศึกษาและวิจัยด้านเทคโนโลยีและกำหนดให้ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเป็นประตูทางออกให้กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการส่งสินค้าออกไปจำหน่ายต่างประเทศโดยไม่ต้องผ่านกรุงเทพฯ ซึ่งรัฐบาลได้ดำเนินการจัดเตรียมระบบสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานไว้อย่างสมบูรณ์ และกำหนดพื้นที่บริเวณมาบตาพุดอำเภอเมือง จังหวัดระยอง เป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมใหม่ของประเทศ เป็นที่ตั้งของอุตสาหกรรมที่สำคัญๆ คือ โรงแยกก๊าซธรรมชาติกลุ่มอุตสาหกรรมปิโตรเคมีและ

อุตสาหกรรมปิโตรเคมี อัตรการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงสภาพกำลังแรงงานในตลาดแรงงานของจังหวัดระยอง เมื่อเทียบกับประชากรวัยแรงงานทั้งหมด โดยคำนวณจากกำลังแรงงานในจังหวัดระยองเทียบกับประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดระยอง จะพบว่าในไตรมาส 2 ปี 2556 อัตรการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานจังหวัดระยองมีอัตรา 76.93 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับไตรมาสที่ผ่านมาคือ ไตรมาส 1 ปี 2556 ที่มีอัตรา 76.54 แสดงให้เห็นว่ายังคงมีการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปในภาพรวมจะพบว่าอัตรการจ้างงานหรือการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของจังหวัดระยองมีอัตราที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นจังหวัดที่เน้นการผลิตภาคอุตสาหกรรม เป็นหลักอัตรการว่างงานจะพบว่าอัตรการว่างงานของจังหวัดระยองแต่ละไตรมาสจะปรับตัวในระดับที่ลดลง เนื่องจากจังหวัดระยองเป็นพื้นที่การผลิตภาคอุตสาหกรรมหลักของประเทศอัตรการว่างงานในจังหวัดระยองจึงมีอัตรการว่างงานที่ต่ำเมื่อเทียบกับจำนวนแรงงานทั้งหมดของจังหวัด การเกิดข้อพิพาทแรงงานและข้อขัดแย้งในสถานประกอบการเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างการเปลี่ยนแปลงของอัตรการเกิดข้อพิพาทแรงงานจะแสดงให้เห็นถึงทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างว่ามีทิศทางหรือแนวโน้มไปในทางใด การเกิดข้อพิพาทแรงงานนั้นมีผลมาจากการที่ลูกจ้างได้แจ้งข้อเรียกร้องต่อนายจ้างและหากไม่สามารถยุติหรือตกลงกันได้ก็จะเกิดเป็นข้อพิพาทแรงงานขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างที่จังหวัดระยองไม่คึกคักแต่ไม่มีเหตุรุนแรง (สำนักงานสถิติจังหวัดระยอง 2556)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หวาน ศรีเรืองทอง และคณะ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์การฆ่าตัวตายของคนไทยการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวางสัมภาษณ์ตัวต่อตัวกับคนไทยในชุมชนทั้งชายและหญิงอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 17,140 รายซึ่งได้จากการสุ่มแบบ Stratified-cluster sampling เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2551 เครื่องมือที่ใช้คือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปโดยทีมนักวิจัยภาคสนามประกอบด้วยจิตแพทย์พยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการนำข้อมูลที่ได้อ้อมาถ่วงน้ำหนักสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงด้วยค่าความถี่ร้อยละ proportions, standard error, การประมาณค่าประชากรและประมาณยอดรวมโดยใช้การคำนวณที่สอดคล้องกับการเลือกตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นพบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งประเทศพบร้อยละ 7.3 จำแนกเป็นความเสี่ยงระดับน้อยร้อยละ 6.0 ความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 0.6 และความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.7 เพศหญิงมีความเสี่ยงร้อยละ 8.6 เพศชาย

มีความเสี่ยงร้อยละ 5.2 ภาคเหนือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดร้อยละ 8.8 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดได้แก่กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี พบร้อยละ 8.1 กลุ่มสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่ ร้อยละ 11.5 กลุ่มว่างงานร้อยละ 13.8 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วม (Mood disorder with psychotic features) และผู้ป่วยไบโพลาร์ในระยะแมนี (Manic episode) พบร้อยละ 87.9 และ 64.3 ตามลำดับ

บัณฑิต สอนไพศาลและคณะ (2540) ดำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไปและกลุ่มนักธุรกิจ ในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนทั่วไป จำนวน 410 ราย และกลุ่มธุรกิจ จำนวน 610 ราย โดยการสุ่มจากสมุดโทรศัพท์ทุกเขตในกรุงเทพมหานคร และปริณิตและจากรายชื่อผู้ประกอบการและลูกจ้างของบริษัทการเงินที่มีปัญหาด้านการประกอบการ จำนวน 58 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการโทรศัพท์สอบถามตามแบบสอบถามที่กรมสุขภาพจิตสร้างขึ้นผลการสำรวจพบว่าประชาชนทั่วไปที่ประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจร้อยละ 74.9 มีความเครียดสูงร้อยละ 39.5 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 4.6 ในกลุ่มธุรกิจประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 69.2 มีความเครียดสูงร้อยละ 36.2 และมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.1 โดยมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความเครียดมาก คือผู้ที่ต้องรับผิดชอบภาระการเงินของผู้อื่นและเป็นเจ้าของกิจการในธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ในการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจของประชาชนทั่วไปใช้วิธีการประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.0 ส่วนกลุ่มธุรกิจใช้วิธีหางานใหม่ ร้อยละ 87.4

นิตยา จรัสแสง และคณะ (2554) ศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2553 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive Study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงเดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2553 จำนวน 98 ราย ใช้เครื่องมือดังนี้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทยแปลและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือได้โดยพื้นฐานภาคจิตรีตัน ไพบูลย์และคณะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าเฉลี่ยร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน odds ratio และ chi-square พบว่าผู้ป่วยมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีร้อยละ 16.3 และผู้ที่ไม่มีหนี้สินมีร้อยละ 19.4 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 40.8 ระดับปานกลางร้อยละ 6.1 และระดับมากร้อยละ 5.1

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2556) ศึกษาประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายความแตกต่างทางเพศภาวะ กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 33 ราย ประกอบด้วยเพศหญิง 15 ราย ชาย 18 ราย โดยเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายทั้งเพศหญิงและชายให้ความหมายต่อการฆ่าตัวตายเหมือนกัน 2 ประเด็นคือ เป็นทางออกจากความมืดและหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจ บังคับเงื่อนไขต่อการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชายเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานจากการถูกระงับการกระทำรุนแรงจากเพศชายที่มีอำนาจเหนือกว่าในขณะที่เพศชายถูกกดดันจากบทบาทความเป็นชายที่ต้องเป็นผู้นำครอบครัว

อนุพงษ์ คำมา(2556) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในจังหวัดสุโขทัยศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 110 ราย กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 220 รายทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างรายบุคคลสำหรับกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จทำการสืบค้นหลังเสียชีวิตโดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวเจ้าพนักงานสาธารณสุขประจำตำบลพยาบาลจิตเวชส่วนกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาทางจิตเวชช่วงเวลาศึกษาคือ ปี พ.ศ. 2549 - 2554 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-squared test, odds ratio และ logistic regression พบว่าปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่เพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.4 เท่า (OR=2.36, 69.09% และ 30.91% ตามลำดับ) และการมีโรคประจำตัวเช่นอัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง (OR=4.30, p<0.01) มะเร็งในทุกอวัยวะ (OR=3.57, p<0.05) โรคตับเรื้อรัง (OR=3.18, p<0.05) ไตวายเรื้อรัง(OR=3.06, p<0.05) พิการ (OR=2.01, p<0.05) ปวดศีรษะเรื้อรัง (OR=2.02, p<0.05) ปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง (OR=2.16, p<0.05) โรคทางจิตเวชเช่นปัญหาคิดแอลกอฮอล์ (OR= 4.40, p<0.01) ภาวะซึมเศร้า (OR=2.36, p<0.05) และปัญหาสุขภาพจิต (OR=1.51, p<0.05) มีปัญหาเศรษฐกิจเช่นการสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน (OR = 10.43, p<0.05) ปัญหาค้าขายขาดทุน/ล้มละลาย (OR = 2.01, p<0.05) ปัญหาการเงิน/ขัดสน (OR=1.76, p<0.05) มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดเช่นต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/ร้องขอแล้วไม่ได้ (OR = 2.05, p<0.05) ความผิดหวังในความรัก/หึงหวง (OR=1.83, p<0.05) มีปัญหาคดี/หนีความผิดที่ตนเองก่อ (OR=2.01, p<0.05) มากกว่ากลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย

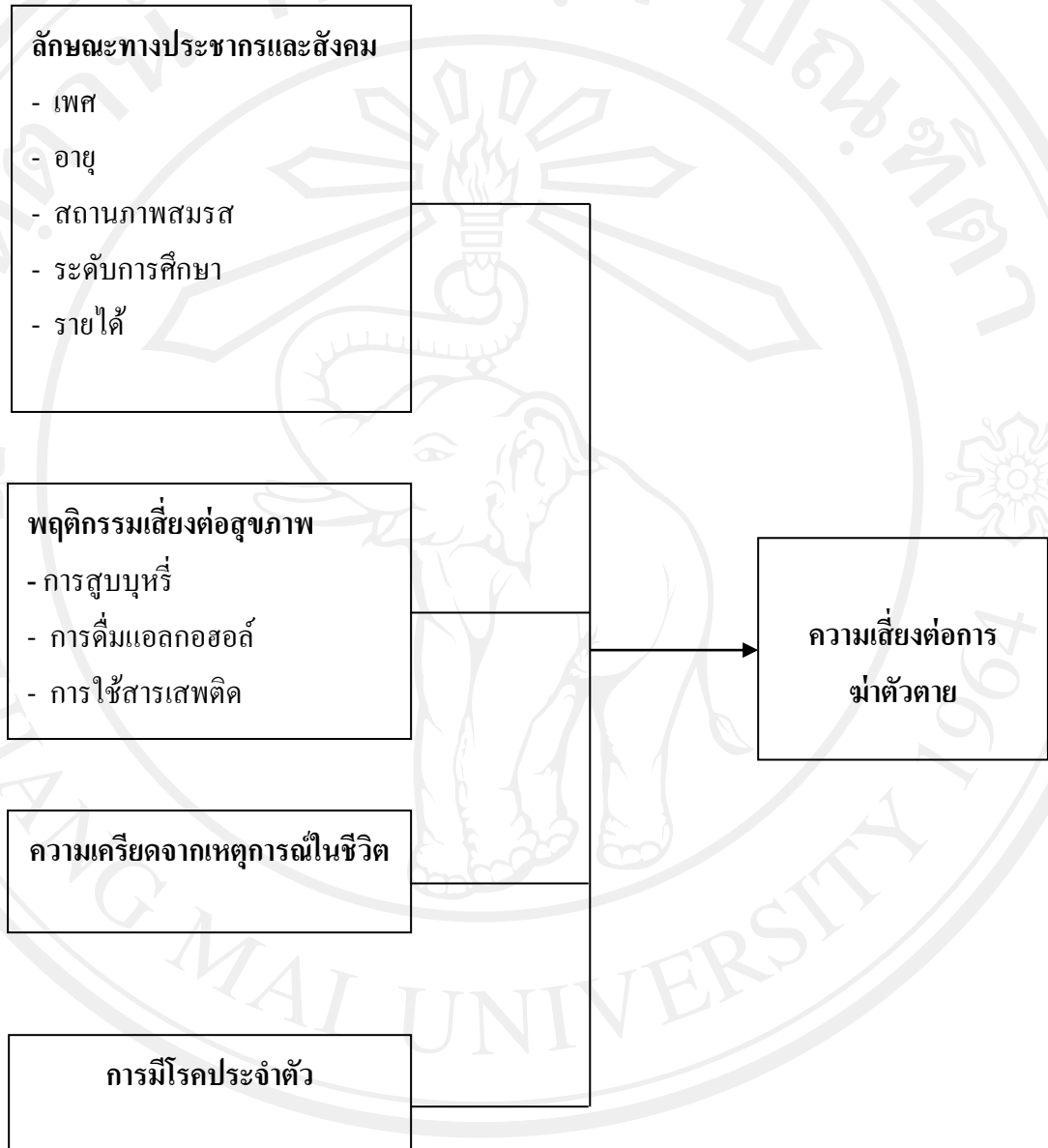
Hilario Blasco-Fontecilla et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในชีวิตกับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบวัด The Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) ทดสอบในอาสาสมัครจำนวน 1,183 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย 478 ราย กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 197 ราย และกลุ่มควบคุม 508 ราย) ใช้สถิติในการวิเคราะห์คือ The Fisher Linear Discriminant Analysis (area under the curve: 0.85 vs. 0.78; $p < 0.05$) พบว่าเหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายคือ การทะเลาะกับคู่อริ การแยกกันอยู่กับคู่อริและการได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

ศิริลักษณ์ ศุภปิณฑร (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมกับปัจจัยเครียดทางจิตสังคม ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติของบุคลิกภาพและภาวะความผิดปกติอื่นที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยซึมเศร้าและเพื่อค้นหาปัจจัยที่ช่วยบ่งบอกการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมโดยการสัมภาษณ์ทางคลินิกและวินิจฉัยโรคอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารูปแบบความผิดปกติของบุคลิกภาพและระดับความวิตกกังวลผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้แก่เหตุการณ์ความเครียดในช่วง 3 เดือน ก่อนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการเป็นซ้ำ ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาการเงิน ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าและบุคลิกภาพที่บ่งถึงระดับสติปัญญาต่ำกว่า จากการวิเคราะห์เชิงพหุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย คือประวัติการใช้สารเสพติด ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และเหตุการณ์ความเครียดทางจิตสังคม

William R. Yates. (2011) ศึกษาความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต ความพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศสหรัฐอเมริกา การสำรวจสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกพบว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในเหตุการณ์การเกิดความเครียดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมีดังนี้ ประสบการณ์ความรุนแรงทางเพศ ความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย และระดับรายได้ ผู้ที่มีความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 และมีความพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 22 ส่วนเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การตายของคนรัก ร้อยละ 30.5 การใช้ความรุนแรง ร้อยละ 21.8 อุบัติเหตุ ร้อยละ 17.7 สงคราม ร้อยละ 16.2 และการบาดเจ็บของคนรัก ร้อยละ 12.5

วิเชียร ศรีวิชัย และจันทร์ทิพย์ จันทร์เปียง ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และนำกระบวนการดูแลสุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธมาใช้ในการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า การวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้กระบวนการดูแลสุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตแก่กลุ่มโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ตำบลบ้านกาด อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2551 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือหลักสูตรกระบวนการดูแลสุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธประกอบด้วย กายภาวนาหรือการพัฒนากาย (Physical development) ศิลภาวนาหรือการพัฒนาจิต (Social development) จิตภาวนาหรือการพัฒนาจิต (Emotional development) ปัญญาภาวนา หรือการพัฒนาปัญญา (Wisdom development) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดลองก่อน-หลัง โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่าง T-test พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 54.0 มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 62.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.0 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 ประสบปัญหาทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 38.0 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 36.0 และปัญหาทางด้านครอบครัว ร้อยละ 24.0 กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสูงสุดจำนวน 9 ข้อ ร้อยละ 4.0 จำนวน 8 ข้อ ร้อยละ 20 จำนวน 7 ข้อ ร้อยละ 32.0 และจำนวน 6 ข้อ ร้อยละ 44 เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยพบว่า มีปัญหา 2 ข้อขึ้นไปหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.0 โดยมีความรู้สึกหรือมีปัญหามากที่สุดได้แก่เรื่องการดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนักดื่มจนเมา ร้อยละ 62 รองลงมาคือมีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ ร้อยละ 22 และเป็น โรคร้ายแรง หรือเรื้อรังและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก ร้อยละ 18

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา